

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL  
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

**MARTA CASAGRANDE SARAIVA**

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE A IDOSOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO  
QUIROPRÁTICO**

**FLORIANÓPOLIS  
2006**

### Ficha Catalográfica

S243a Saraiva, Marta Casagrande  
Assistência de saúde a idosos que buscam atendimento [dissertação] / Marta Casagrande Saraiva. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.  
77 p.; il.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Quiropraxia. 3. Cuidado. I. Título.

CDD 22ª ed. - 615.534

**MARTA CASAGRANDE SARAIVA**

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE A IDOSOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO  
QUIROPRÁTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Ângela Maria Alvarez

Co-orientadora: Dra. Jussara Gue Martini

**FLORIANÓPOLIS  
2006**

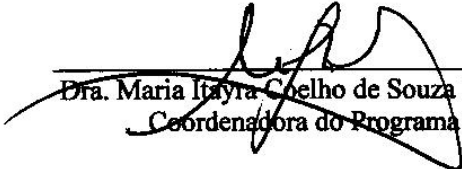
**MARTA CASAGRANDE SARAIVA**

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE A IDOSOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO  
QUIROPRÁTICO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

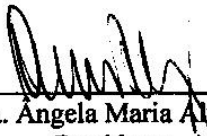
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada na sua versão final em 26 de julho de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Coordenadora do Programa


**Banca Examinadora:**



\_\_\_\_\_  
Dra. Angela Maria Alvarez  
Presidente



\_\_\_\_\_  
Dr. Cleber Ribeiro Álvares da Silva  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Silvia M. Azevedo do Santos  
Membro

\_\_\_\_\_  
Dra. Juliana Sandri  
Membro Suplente

\_\_\_\_\_  
Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves  
Membro Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, por terem me ensinado a aprender.

Agradeço aos meus filhos, Fernando e Greta por todo o carinho, incentivo e apoio, recebidos em todos os dias da minha vida.

SARAIVA, Marta Casagrande. **Assistência de saúde a idosos que buscam atendimento quiroprático**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis. 81 p.

Orientadora: Dra. Ângela Maria Alvarez

Co-orientadora: Dra. Jussara Gue Martini

## **RESUMO**

A presente pesquisa tem como objetivo aplicar a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger no cuidado quiroprático com pessoas idosas. A partir desse referencial quatro idosos foram assistidos em um consultório de quiropraxia, na cidade de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Os idosos foram atendidos em sete encontros, sendo dois coletivos e cinco individuais. A assistência quiroprática desenvolveu-se em três etapas: preservação e manutenção dos aspectos culturais, ajustamento dos aspectos culturais e repadronização dos aspectos culturais. A metodologia adotada foi a Convergente Assistencial que é permeada pelo envolvimento de todos os sujeitos do estudo, idosos e pesquisador, na busca por resultados que visem o bem estar e a qualificação da assistência prestada. Os dados foram coletados através de entrevistas individuais e coletivas e os registros foram feitos durante o atendimento. Para a análise dos dados foram definidas três categorias, denominadas como: cuidado de si, expectativas e resultados, que, após terem sido interpretados levaram a resultados que demonstraram a importância da preservação e manutenção dos aspectos como valores e crenças para a satisfação dos sujeitos que se dispõem a este tipo de atendimento de saúde. O estudo mostrou a necessidade de o profissional ir mais além da técnica na assistência à pessoa idosa, no sentido de um olhar diferenciado, percebendo-o como um ser integral para o estabelecimento de vínculos efetivos promovendo a saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado. Quiropraxia. Idoso.

# **LA ASISTENCIA DE LA SALUD A LOS ANCIANOS QUIENES BUSCAN UNA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA**

## **RESUMEN**

La presente investigación objetiva demostrar la aplicabilidad de la Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger en el cuidado quiropráctico con las personas ancianas. Según éste referencial cuatro ancianos fueron asistidos en un consultorio de quiropráxis en la ciudad de Novo Hamburgo en Rio Grande do Sul. Los participantes fueron atendidos durante siete encuentros, siendo éstos dos colectivos y cinco individuales. La asistencia quiropráctica se desarrolló en tres etapas: la preservación y la manutención de los aspectos culturales, el ajuste de los mismos y la repadronización de los aspectos culturales. La metodología adoptada fue Convergente Asistencial orientada por el involucramiento de todos los sujetos participantes, o sea, ancianos e investigadora, en la búsqueda por los resultados que señalen y apunten el bienestar y la cualificación de la asistencia brindada. Los datos fueron recolectados por medio de las entrevistas individuales y colectivas y, los registros fueron realizados durante la atención. Para el análisis de los datos se definieron tres categorías: el cuidado de sí, las expectativas y los resultados, los cuales después de la interpretación depositaron los resultados donde demostraron la importancia de la preservación y la manutención de los aspectos tales como: los valores y las creencias para la satisfacción de los sujetos que se disponen para éste tipo de atendimento a la salud. El estudio demostró la necesidad del profesional avanzar e ir más allá de la técnica en la asistencia a la persona anciana con una visión diferenciada en donde se pueda ver al ser humano de la tercera edad como un ser integral en el establecimiento de los vínculos efectivos para la promoción de la salud.

**Palabras Clave:** Cuidado. Quiropráxis. Anciano.

# **HEALTH ASSISTANCE FOR ELDERLY PATIENTS THAT SEARCH FOR CHIROPRACTIC TREATMENT**

## **ABSTRACT**

The objective of the present research was to show the applicability of Madeleine Leininger's Theory of Cultural Care on chiropractic treatment of elderly patients. From this referential on, four elderly patients were assisted at a chiropractic practice in the city of Novo Hamburgo in the state of Rio Grande do Sul. The elderly patients were treated in seven visits, which consisted of two collective and five individual visits. Chiropractic assistance was developed in three stages: preservation and maintenance of cultural aspects, adjustment of cultural aspects and repatterning of cultural aspects. The methodology used was the Assistance Convergent methodology which occurs through the involvement of all engaged individuals, elderly patients and researcher in the case of the present research, searching for results that look for well being and qualification of the assistance offered. The data was collected through individual and group interviews and were registered during treatment. Three categories were defined for data analysis which were as follows: self care, expectations and results, which after being interpreted led to results that demonstrated the importance of preservation and maintenance of aspects such as values and beliefs for the satisfaction of the subject that is willing to go through this type of health assistance. The study showed the need for professionals to go beyond technique in assisting elderly patients, in the sense of taking a different look that is able to see the elderly human being as an integral being so that effective links are established for health promotion.

**Key-words:.** Assistance. Chiropractic. Elderly.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>16</b>
2.1 Envelhecimento .....	16
2.2 Quiropraxia e a pessoa idosa .....	17
2.3 Cultura, saúde e envelhecimento.....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
4.1 Tipo de Pesquisa .....	29
4.2 Contexto da Pesquisa.....	32
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	32
4.4 Preservação dos direitos dos participantes .....	33
4.5 Coleta de dados .....	33
4.6 Análise dos Dados .....	35
<b>5 APRESENTANDO OS RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>

## INTRODUÇÃO

Na realidade brasileira, o envelhecimento populacional vem ocorrendo devido a fatores demográficos como a queda gradual e progressiva na taxa de nascimento, aumento da expectativa de vida da população. A implantação de políticas de saúde, a melhoria nas condições sanitárias e o acesso a informações vêm contribuindo, também, para o envelhecimento populacional. Assim, a longevidade tem decorrido do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, ao mesmo tempo em que o envelhecimento da população vem representando novas demandas por serviços, benefícios e atenção, que impondo desafios para governantes e para a sociedade do presente e do futuro.

O envelhecimento da população é visto, hoje, como um fenômeno mundial. No Brasil, a população maior de sessenta anos sofreu um acréscimo de 4% em 1940 comparado com 8,6% em 2000 (IBGE,2005). Dados da Organização Mundial da Saúde (2002) apontam que, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra cinco vezes o crescimento da população total, colocando o país em sexto lugar na população de idosos do mundo (CECIL et al.,1997).

Portanto, a questão do envelhecimento no país merece cada vez mais interesse da sociedade como um todo, no que diz respeito à assistência à saúde de pessoas idosas.

Dados do censo de 2000 indicam que 15,5 milhões de habitantes tinham 60 anos ou mais, ou seja, 10% da população geral. As projeções para 2025 estimam que este número poderá ser superior a 30 milhões, correspondendo a 14% da população total. (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORI, 2005).

A cidade de Novo Hamburgo (NH) tem contribuído com o processo de envelhecimento da população no Rio Grande do Sul, conforme mostra (SCHMITZ, 2004). O número de pessoas com mais de 60 anos residente em NH cresceu, em nove anos (entre 1991 e 2000), três vezes mais que a população total, em termos percentuais, tendo por base dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE, 2004).Conforme dados do instituto, em 1991, a cidade tinha 205.668 habitantes e 13.337 deles com mais de 60 anos. Já em 2000, 18.698 dos 236.193 habitantes do município 7,92% tinham mais de 60.Ou seja, enquanto a população de Novo Hamburgo cresceu 14,84%, a população com mais de 60 anos cresceu 40% entre 1991 e 2000 (SCHMITZ; 2004). Estes dados nos levam a refletir ainda mais sobre a necessidade da sociedade compreender o significado dessa problemática no contexto da coletividade e mais, especificamente, em relação à questão da velhice vivenciada pela pessoa idosa.

Veras (1994) relaciona o Brasil com um país que se caracteriza o Brasil como uma sociedade heterogênea, possuindo uma das quinze maiores economias do mundo ,onde há uma das piores distribuições de renda e pela grande iniquidade com uma concentração de recursos nas mãos de relativamente poucos. Isto se reflete na condição de vida dos cidadãos idosos, surgindo desta situação um contingente de pessoas economicamente fragilizadas, sujeitas aos riscos de saúde impostos pelo processo de envelhecimento individual.

O envelhecimento é o termo usado para descrever mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostase (GOLDMAN e BENNETT, 2001).

Entre os problemas que mais comprometem o bem estar na velhice estão as doenças crônicas. A progressão do processo mórbido ameaça a independência e a qualidade de vida ao comprometer a realização dos próprios cuidados pessoais, o que compromete pelo menos cinco das atividades da vida diária: comer, tomar banho, vestir-se, locomover-se e auto-higiene (ROLIM e SILVA, 2002).

Os idosos, por suas características de fragilização e dependência, requerem cada vez mais cuidados voltados a sua saúde. Neste sentido, os conceitos de saúde e cuidado já conhecidos, culturalmente e hegemonicamente conservados na área de saúde e transferidos para a sociedade, devem ser revisados buscando o valor do ato de cuidar e suas implicações para o alcance das condições de saúde do ser humano, neste contexto em transformação, sendo, neste estudo, idosos que buscam atendimento quiroprático.

Para George (2000), os estudos de Leininger e de outras pesquisadoras, na área da enfermagem investigam diferentes modos de cuidar entre algumas culturas, considerando o ser humano inseparável do seu conhecimento cultural e social, separando o cuidado no sentido genérico do cuidar no sentido profissional. Leininger expressa que cada cultura tem maneiras próprias de definir, compreender, refletir e explicar a saúde e a doença, sendo, assim, o cuidado um fenômeno culturalmente construído. A teórica refere que o cuidado humano é universal, sendo vivenciado nas diversas culturas, e, em sua Teoria sobre a Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, enfatiza que o mesmo é necessário para o desenvolvimento de uma prática profissional voltada a área da saúde.

Na minha trajetória profissional como enfermeira, senti a necessidade de buscar por algo inovador, foi quando em março de 1998 iniciei a caminhada na formação em Quiropraxia, a qual concluí em abril de 2000.

Conforme Chapman-Smith (2001, p.2) a Quiropraxia é uma profissão na área da saúde que se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção de alterações do sistema músculo- esquelético e os efeitos dessas alterações sobre o sistema nervoso e a saúde em geral. Há uma ênfase em tratamentos manuais, incluindo a manipulação vertebral. A palavra quiropraxia, formada a partir dos radicais gregos práxis e Keiros, significa prática ou tratamento manual.

Durante seis anos de atuação como quiropraxista no Brasil, tive a oportunidade de participar mais de perto da trajetória de busca pelo reconhecimento enquanto profissão através de debates, discussões e ações voltados a este objetivo. Desta forma, me auxiliando na construção da fundamentação dos parágrafos abaixo .

A história da quiropraxia no Brasil revela que, desde 1922, havia a presença de profissionais vindos do exterior que trouxeram a profissão ao Brasil. Esta foi passada, de geração a geração, informalmente, por meio de um modelo baseado no binômio mestre-aprendiz. Em 1975, com a chegada dos primeiros quiropraxista brasileiros graduados no exterior, a quiropraxia começava a adquirir a forma como era conhecida em seu local de surgimento. Com a formação da Associação Brasileira de Quiropraxia, houve a busca de estabelecer, no Brasil a formação acadêmica em quiropraxia a partir de instituições superiores de ensino nacionais.

A Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença. Na busca de uma melhor compreensão do processo saúde-doença, além da medicina alopática de tradição ocidental, em anos recentes, houve um interesse maior por outras abordagens e paradigmas de saúde. (CHAPMAN-SMITH, 2001).

Estas abordagens terapêuticas atingiram tal proporção que a OMS criou um grupo de trabalho dentro do Departamento de Drogas Essenciais e Políticas Medicinais (EDM), denominado de Medicina Tradicional (TRM). A Medicina Tradicional inclui diversas crenças, práticas, conhecimentos e abordagens em saúde que incorporam medicamentos de substrato animal, vegetal e mineral, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação para manutenção do bem-estar, bem como, de diagnosticar, tratar e prevenir enfermidades. O grupo de trabalho também abrange a Medicina Complementar e Alternativa (MCA) que se refere a um amplo espectro de práticas na saúde que não é parte da tradição de um determinado país e não integrado ao sistema de saúde dominante.

Se antes a abordagem da MCA era vista com certo ceticismo pela comunidade científica, durante a última década, o uso da MCA tem demonstrado significativo aumento, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Com a melhoria no sistema de transportes e nos meios de comunicação, o fenômeno da globalização permitiu o intercâmbio intercultural e a disseminação das técnicas e produtos terapêuticos da MCA em comunidades que antes desconheciam estas ações. Tal fenômeno merece atenção para que se evite o uso inadequado, muitas vezes ,potencialmente danoso aos indivíduos e, conseqüentemente, podendo afetar comunidades inteiras. (FUJICAWA; SARAIVA, 2005).

Classificada como MCA, a quiropraxia tem se tornado cada vez mais difundida. Tão grande é esta relevância que a OMS reuniu peritos na área da saúde para a elaboração de um documento que servirá de referência para todos os estados-membros da OMS, a respeito da formação na prática da quiropraxia.

A profissão quiroprática foi estabelecida por Daniel David Palmer, em 1895, na cidade de Davenport, Iowa (EUA). Embora sem uma formação formal na área da saúde, Palmer desenvolveu um sistema de avaliação e tratamento centrado na coluna

vertebral através de ajustamentos ou manipulações vertebrais. Um de seus primeiros pacientes, o reverendo Samuel Weed, sugeriu o nome da profissão utilizando-se de duas palavras gregas: keiros e praxis. Desde então, a quiropraxia tem evoluído, passando a constituir-se na profissão da área da saúde que enfatiza o poder inerente do corpo para recuperar-se espontaneamente, sem o uso de medicamentos ou cirurgias. A prática da quiropraxia concentra-se na relação entre a estrutura (primariamente a coluna vertebral) e a função (coordenada pelo sistema nervoso), e como esta relação afeta a preservação e a restauração da saúde.

A quiropraxia é regulamentada em mais de 70 países, entre eles os EUA, Canadá, México, Panamá, Costa Rica, Porto Rico, Barbados, Suécia, Suíça, Inglaterra, Bélgica, Finlândia, Noruega, Chipre, Arábia Saudita, Hong-Kong – SAR, Filipinas, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, Lesoto, Zimbábue, Botsuwana.

Em países como os EUA, Canadá, Noruega e Inglaterra, a quiropraxia encontra-se disponível na rede pública de saúde. No Canadá, isto ocorreu após uma detalhada avaliação solicitada pelo ministro da saúde da província de Ontário.

Não somente restrita aos quadros de dor, a prática quiroprática tem revelado outras aplicabilidades e possibilidades em que a abordagem quiroprática tem o potencial de, em cooperação com as outras profissões da saúde, promover o bem-estar do indivíduo. Para que todo este potencial da profissão possa ser maximizado, a formação acadêmica adequada torna-se imprescindível, como recomenda a OMS. Esta visão minimiza os efeitos da má prática profissional, especialmente referente à imperícia.

O corpo de conhecimento da Quiropraxia no Brasil vem buscando sua consolidação a partir de uma realidade brasileira. Seu conhecimento, enquanto profissão, tem sido uma luta de cento e setenta profissionais graduados e pós-graduados que atuando no território brasileiro e de duas instituições de ensino superior, o Centro Universitário Feevale no Rio Grande do Sul e a Universidade Anhembi Morumbi em São Paulo, que ensinam a Quiropraxia conforme consta no Projeto de Lei 938, 2001, em tramitação no Ministério de Educação e Cultura (Anexo 1).

Embora, exercendo outra atividade profissional, os aspectos que envolvem o cuidado não deixaram de ser por mim encarados como importantes na minha prática

diária, iniciando os conflitos a seguir enunciados:

Os meus conhecimentos sobre a Quiropraxia foram transmitidos a partir de uma escola americana, a Palmer College of Chiropractic considerada, nos Estados Unidos, o berço da Quiropraxia, existindo portanto, uma forte manutenção dos enfoques culturais e filosóficos acerca desta que é considerada como sendo uma filosofia, ciência e arte.

Uma vez que a quiropraxia é composta de técnicas onde o contato físico se faz necessário para a realização de seus procedimentos, e a cultura americana é muito rígida em relação a estes aspectos, sendo eu de origem italiana, encarei estes processos de aproximação física com mais naturalidade, sem, é claro, abandonar os aspectos éticos do exercício profissional.

O conflito maior se deu quando, ao exercer a quiropraxia, buscando aplicar um cuidado de saúde aos indivíduos idosos, deparei-me com uma realidade. Os pacientes por mim assistidos advêm de diferentes culturas, trazendo consigo a sua própria bagagem cultural baseada em valores, crenças e experiências, esperando que o cuidado a eles prestado seja congruente a estes aspectos

Sendo assim, considero importante realizar uma prática profissional voltada à assistência, baseada em aspectos culturais buscando um melhor atendimento e entendimento das necessidades de saúde destes idosos. Consciente dessa realidade surge a seguinte questão que irá nortear este projeto de pesquisa: **como prestar assistência de saúde a idosos que buscam atendimento quiroprático?**

Para buscar resposta à questão acima os seguintes objetivos foram pensados:

**Objetivo Geral:**

- Desenvolver um processo de cuidado a idosos que buscam atendimento quiroprático, amparado na Teoria de Leininger.

**Objetivos específicos:**

- Aplicar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural na assistência à saúde de pessoas idosas de diferentes etnias.
- Assistir aos idosos com necessidade de saúde através de uma abordagem de cuidado cultural.
- Avaliar a implementação da proposta da prática assistencial.

Esperamos, desse modo, contribuir para formação e consolidação da profissão de quiroprático no país, bem como, destacar a importância de um cuidado quiroprático preocupado com a integralidade das pessoas. Considerando que o cenário de envelhecimento no Brasil tem mostrado um aumento de crescimento expressivo desta população e que as políticas de saúde apontam para uma preocupação com um processo de envelhecimento saudável e digno, a presente pesquisa tem o propósito de assistir a idosos preservando os seus aspectos culturais e história de vida, como sendo integrantes do processo de cuidar e ser cuidado.



## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento salientam a necessidade de proporcionar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde.

Segundo Oliveira e Marchini (1998), todas as alterações que caracterizam o envelhecimento, entre elas morfológicas, bioquímicas, fisiológicas e patológicas, determinam uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

O presente capítulo tem a pretensão de trazer alguns conceitos sobre o envelhecimento, a quiropraxia, e o referencial teórico adotado, permeados por uma relação com o processo de cuidados em relação à saúde de pessoas idosas que buscaram atendimento quiroprático. Para tal, os aspectos de queixas de saúde pertinentes ao processo de envelhecimento foram descritos, e a contribuição da quiropraxia como alternativa de processo de cuidado para estas queixas ou disfunções foi se agregando à medida que o referencial teórico proporcionou sustentação ao objetivo proposto, o qual se refere a desenvolver um processo de cuidado a idosos que buscam atendimento quiroprático, amparado na Teoria de Leininger.

### **2.1 Envelhecimento**

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980, para países em desenvolvimento, idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (OMS, 2005).

Tratar os idosos em um país como o Brasil pela média, isto é, considerando uniforme sua estrutura social, econômica, demográfica e cultural é um erro metodológico e de graves consequências para o planejamento, por distorcer a realidade, impedindo sua correta compreensão.

Beauvoir (1990), lembra que o status da velhice é imposto ao homem pela sociedade em que ele está inserido. A sociedade destina-lhe um lugar e um papel, e o indivíduo que envelhece é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. A autora explica, também, que a velhice difere de acordo com o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Por conseguinte, a velhice apresenta-se de formas diferentes, variando de acordo com as classes sociais, culturais, sexo e atividades desenvolvidas pelos indivíduos no seu cotidiano.

Ao envelhecer, estes indivíduos de características próprias, compartilham de algo comum, que é a necessidade de cuidados muitas vezes realizados por outras pessoas que não eles mesmos. Saldanha e Caldas (2004) afirmam que o imaginário cultural e o contexto político interferem na vivência dos sujeitos que envelhecem. Sendo assim, na busca de garantir ao idoso sua interação na comunidade, surge a necessidade de criação e implantação de medidas políticas que se constituam espaços importantes na defesa dos interesses da população idosa.

De acordo com a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, em seu artigo 3º, refere ser obrigação da família, da comunidade, da sociedade e poder público, assegurar ao idoso, com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003)

Partindo do disposto no artigo acima, fica clara a idéia de que os idosos devem ser vistos na sua individualidade como um todo e que seus direitos de cuidado e assistência de saúde devem ser preservados.

## **2.2 Quiropraxia e a pessoa idosa**

A Quiropraxia é uma profissão na área da saúde com mais de cem anos desde o seu surgimento, nos Estados Unidos em 1895. Tem a finalidade de promover a saúde dos que se submetem aos seus cuidados. Está agora estabelecida em cerca de setenta países do mundo. Dados de 2004 revelam que existem quarenta e três quiropraxistas

graduados em faculdades estrangeiras e registrados na Associação Brasileira de Quiropraxia que naquele ano, atuavam no Brasil. Com o início da formação de quiropraxista no Brasil, em nível de graduação, esse número tende a aumentar. No restante do mundo, hoje, este número aproxima-se de noventa mil quiropraxistas atuantes. (CHAPMAN-SMITH, 2001)

Segundo Maior (2004), o termo quiropraxista é aplicado ao profissional da área de saúde em primeiro nível que possui habilidade para diferenciar e diagnosticar dentre as condições de saúde, aquelas que são passíveis de tratamento com quiropraxia, daquelas que exigem encaminhamento a outro profissional ou, até mesmo, o tratamento conjunto.

O propósito da prática quiroprática baseia-se no estudo dos sistemas neuro-músculo-esquelético no qual a medula espinhal, que é envolvida pelas vértebras, é uma continuidade do tronco encefálico. Esta é o meio de comunicação entre pele, músculos e articulações com o encéfalo e vice-versa e comunica-se com o corpo através dos nervos espinhais que formam o sistema nervoso periférico (CHAPMAN-SMITH, 2001). Estes se dirigem aos ossos, músculos, articulações, ligamentos, músculos e pele do corpo através desse sistema, que é responsável por informar ao encéfalo e ser informado a respeito de pressão, equilíbrio, posição e dor.

Chapman-Smith (2001) afirma que os nervos, via sistema nervoso autônomo, controlam o funcionamento dos órgãos internos ou viscerais através destas informações para o encéfalo ou, a partir dele, para o organismo. A quiropraxia busca manter em equilíbrio este sistema de comunicação entre encéfalo, sistema nervoso periférico, sistema nervoso autônomo que pode entrar em disfunção a partir de alguma redução na amplitude de movimento articular, encurtamento ou tensão muscular. A quiropraxia pretende, assim, restaurar a função do sistema nervoso.

A quiropraxia está focada na relação entre uma estrutura anatômica, principalmente a coluna vertebral, e sua função coordenada pelo sistema nervoso, e como esta relação pode manter e restaurar a homeostase. A homeostase, por sua vez, é regulada pelo sistema nervoso que detecta a quebra do estado balanceado, emitindo mensagens na forma de impulsos neurais para contrabalançar estes desvios. (TORTORA, 2000)

Para STRANG (1985) não é objetivo da quiropraxia tratar doenças, mas sim, detectar interferências no sistema nervoso que podem ser tratadas antes mesmo de sintomas graves ou de doenças propriamente ditas.

Sem utilizar medicamentos, empregando movimentos rápidos e precisos, acompanhados por um estalido causado pela acomodação das vértebras durante o alinhamento, o quiropraxista pode buscar reorganizar o sistema estrutural corporal e permitir um melhor fluxo nervoso. Os pontos onde mais comumente ocorrem as interferências no sistema nervoso são as articulações, sendo o foco da quiropraxia a coluna vertebral.

Uma das alterações biológicas mais comuns associadas ao envelhecimento baseia-se na premissa de que seu processo leva à dor articular e, conseqüentemente à limitação funcional, sendo assim, o profissional de saúde que trabalha com idosos deve conhecer a dimensão assumida por doenças articulares em pacientes nesta faixa etária. Dentre as limitações funcionais que acometem os idosos, além da dor articular crônica, podemos citar a incontinência urinária, constipação intestinal crônica e insônia. Estes constituem um dos grandes fatores limitantes da qualidade de vida deste grupo de indivíduos.

O sono dos idosos é mais fragmentado e em menor quantidades de horas noturnas associadas ao número maior de cochilos diurnos, presença de dores, necessidade de ir ao banheiro e dificuldades respiratórias entre outras. Miles e Dement apud Freitas et al. 2002) mostram que 90% dos idosos apresentam queixas e problemas de sono. A dor e a limitação da mobilidade estão entre os fatores provocantes de insônia nesta faixa etária.

Em relação às dores e disfunções no sistema músculo-esquelético, Terra e Dornelles (2002) e Chazan (2003) afirmam ser a mais freqüente queixa na velhice e a segunda causa de incapacidade e diminuição na qualidade de vida dos idosos.

Outro fator resultante da limitação funcional, associado à limitação articular, em idosos, é a obstipação crônica que não somente diminui a qualidade de vida, mas pode levar a complicações como a inaptação fecal e dilatação ou perfuração do cólon. O quiropraxista deve estar preparado a reconhecer as doenças de base que também podem causar obstipação (ANNIS e TUNKS, 2001).

Annis e Tunks, (2001), afirmam que o quiropraxista deve tratar o paciente que apresentar disfunção músculo esquelética, dando maior atenção à região lombar e articulações sacroilíacas, que particularmente podem levar à obstipação.

Como temos observado, o ser humano é um complexo de comunicação entre sistema nervoso e suas funções, sendo estas reguladas por mecanismos que buscam proporcionar o equilíbrio das funções orgânicas, tornando o indivíduo indivisível.

Para Chapman-Smith (2001) o propósito do holismo refere-se ao sujeito como um todo, onde não se trata apenas um sintoma ou a causa deste na busca da otimização e preservação da saúde. Desta forma considero uma prática centralizada, fundamentalmente importante para prestar assistência de saúde do ponto de vista da abordagem quiroprática.

A quiropraxia tem, como premissa principal, o entendimento de que tudo no universo é gerado e mantido através do que chamamos de Força Universal. Essa força é consolidada a partir da união de energias advindas das mais diversas formas, cores e tipos de matéria passíveis de serem encontradas no universo. Acredita-se que tudo, desde a pedra até o ser mais complexo que habita este universo, nele está porque tem um papel fundamental de manutenção universal através da energia nele contida. O princípio de força universal diz que o universo só existe e permite-se continuar existindo devido ao papel que cada um de seus componentes tem em acoplar, maximizar, minimizar ou neutralizar a energia um do outro, para que um equilíbrio energético seja estabelecido e o universo possa manter-se de forma adaptável e, assim, servir de casa para uma série de espécies.

Em tratando-se do ser humano, diz-se que ele possui, dentro de si, uma energia-filha da força universal: a inteligência inata. Esta conceitua-se como sendo a capacidade inerente atribuída ao ser humano quando da sua concepção no que diz respeito a manter sua própria homeostasia e, desta forma, acaba por contribuir para o equilíbrio energético universal. Portanto, em quiropraxia, atribui-se à inteligência inata e à força universal uma interrelação estreitíssima e indispensável à saúde e preservação da vida.

Segundo Chapman-Smith (2001) a assistência centralizada é aquela que orienta a terapêutica do paciente, respeitando os seus antecedentes no processo de doença

como o contexto de vida onde o indivíduo está inserido, sem negligenciar crenças, culturas, meio ambiente e genética, considerando estes fatores como parte integrante do tratamento.

### **2.3 Cultura, saúde e envelhecimento**

Para Budó (1997), o cuidar é um fenômeno humano universal e a forma como é aplicado está culturalmente condicionada, desenvolvendo-se ao longo das trajetórias vividas e, a partir da eficiência deste cuidado, manifesta-se o estado de saúde, gerando, assim, formas diferentes de cuidar, onde o cuidado dispensado às pessoas possibilita a preservação do seu estado de saúde.

Cuidar de alguém possibilita um crescimento mútuo, quando aquele que cuida passa a fazer parte do contexto do outro, tendo como resultado um processo onde o cuidar transcende a uma simples atividade prática e técnica. O processo de cuidado está diretamente relacionado à assistência de saúde. Neste contexto o cuidado quiroprático está baseado na premissa de que o organismo vivo apresenta capacidades inatas que ajudam a manter um estado de equilíbrio de todos os sistemas. Sendo assim, está centrado no paradigma holista, abordando o ser humano como um ser indivisível em sua esfera biológica, sociológica, cultural e mental, entendendo que somente o pleno funcionamento de todos estes sistemas pode gerar um estado de saúde ideal.

George (2000) destaca que um dos conceitos centrais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural diz que cuidar é um verbo que se refere às ações de assistir, ajudar, facilitar o outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou que podem ser antecipadas, que levam a melhorar ou aperfeiçoar uma condição humana ou modo de vida. Este modo de vida pode estar relacionado aos conhecimentos, artes, crenças, moral, leis, costumes e quaisquer hábitos adquiridos pelo homem uma vez sendo membro de uma sociedade.

A autora expressa ainda, que cada cultura tem maneiras próprias de definir, compreender, refletir e explicar a saúde e a doença, sendo assim o cuidado, um fenômeno culturalmente construído. Indo ao encontro do que afirma George (2000)

,Kluckhohn citado por Geertz (1989) define cultura como um conjunto de técnicas empregadas para se ajustar tanto ao ambiente externo como em relação a outras pessoas, algo como sendo um comportamento aprendido ou uma forma de pensar, sentir e acreditar.

Para Geertz, (1989) os indivíduos, em uma sociedade estão fortemente amarrados as interpretações que dão significados às suas vivências, desta forma, sendo vistos como um fator determinante para a definição de cultura como uma ciência interpretativa na busca pelos significados, constituindo um celeiro de aprendizagem comum.

Os estudos de Leininger e de outras pesquisadoras que investigam comportamentos de cuidar em algumas culturas, vêm ilustrando sobre como as pessoas mantêm muitos dos rituais de cuidar, representando os valores de suas culturas, inclusive muitos desses rituais de cuidado permanecem fiéis as suas origens, passando de geração a geração através dos tempos.

Ao buscarmos prestar assistência de saúde integrada, na qual indivíduos têm preservados seus valores culturais, precisamos estar cientes da realidade vivida por estes. Monticelli (1994, p.10), afirma que:

estudos têm demonstrado a necessidade de qualquer profissional que desenvolva atividades de saúde deva levar em consideração o contexto cultural dos indivíduos ou grupos, quando se trata de causas, sintomas, itinerário terapêutico, eficácia de cura e outros elementos que são inerentes ao processo saúde doença dos indivíduos sociais. Os profissionais de saúde, em suas ações de cuidar, precisam estar tentos a compreensão da realidade cultural dos indivíduos.

Neste sentido, Alvarez (2001) afirma que na experiência de cuidar, os sentimentos, as ações e as interações do cuidador com a pessoa idosa e os recursos encontrados no ambiente social são alguns dos componentes do complexo processo de assumir-se como cuidador.

Por essa razão, precisamos acompanhar o fluxo das mudanças ao nosso redor, sendo imprescindível a criação de serviços de assistência baseados no contexto de

vida, na qual os idosos que procuram assistência à saúde estão inseridos. Assim, incluímos entre as possibilidades de atendermos a tais necessidades o desenvolvimento desta investigação, aplicando ao cuidado quiroprático os princípios da teoria transcultural de Leininger por entender que ao basearmos em um referencial teórico onde a história de vida dos sujeitos é parte integrante do tratamento, estamos indo ao encontro de suas necessidades sentidas, favorecendo desta forma a relação de troca que deve existir entre cuidado e cuidador.



### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Teoria significa visão e pode ser descrita como uma opinião, crença ou perspectiva que explica um processo (TIMBY, 2001). As atividades profissionais desempenhadas pelos indivíduos devem ser norteadas por uma teoria que contemple as características e atribuições de cada ação, sendo assim, um guia que oriente as ações, comportamentos e atitudes perante o cenário de atuação, seja ele, familiar, profissional ou comunidade em geral. (TIMBY, 2001).

Ao adotar uma teoria com abordagem cultural, penso que os indivíduos são únicos e trazem consigo características pessoais, ligadas aos seus valores, crenças, vivências e cultura, fazendo-as agir e atuar de acordo com o seu entendimento a cerca do processo de cuidar e ser cuidado, compreendendo-o como um legado social que os indivíduos adquirem de seu grupo. Sendo assim, acredito ser a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger adequada para subsidiar e ajudar na compreensão sobre: como prestar assistência de saúde a idosos que buscam o atendimento quiroprático?

#### **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: Madeleine Leininger**

A partir do enfoque cultural de Leininger, o cuidado é visto como necessário para o desenvolvimento da pesquisa convergente assistencial em Enfermagem. Esta teorista desvelou o termo Enfermagem Transcultural como sendo um comparativo e análise de culturas em relação às práticas de cuidado de enfermagem, visando um atendimento significativo e eficaz às pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde-doença.

Kao, et al.(2004), citando Leininger (1995), afirma que esta abordagem de cuidado de saúde transcultural tem seu foco em um escopo de conhecimento, prática e

respeito dos padrões de cuidado com saúde/doença através de uma perspectiva de, no mínimo, duas ou mais culturas designadas com a função de determinar a maioria dos traços de cuidado e ações de saúde comuns entre as culturas.

Com relação aos pressupostos de Leininger, George (2000) diz que estes são idéias que a autora acredita e defende para definir seus conceitos, que sustentam a idéia de que culturas diferentes percebem e praticam o cuidado baseado nas suas experiências, embora existam elementos comuns do cuidado. Seus principais pressupostos são:

- Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento e desenvolvimento da sobrevivência dos seres humanos.
- O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.
- A razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre este.
- O cuidado sobre uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal.
- Os conceitos e práticas do cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas.
- As práticas de cuidado da saúde, profissionais e populares, são derivadas da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem.

Considerando a área da Quiropraxia busquei no referencial de Leininger pensar a assistência aos idosos tomando como meus pressupostos os seguintes:

- Os indivíduos trazem consigo, crenças, valores e culturas diferentes que interferem na maneira de perceber o processo de cuidar e agir.
- Os profissionais de quiropraxia têm sua cultura individual que é baseada em vivências e valores que se refletem na maneira de cuidar.
- A pessoa que presta cuidado deve estar preparada a entender as necessidades dos seus pacientes/clientes baseadas nos aspectos culturais, crenças e valores dos mesmos.

Para Leininger apud George (2000), o processo de enfermagem é composto por três tipos de interação: preservação do cuidado cultural, acomodação do cuidado

cultural, Repadronização/reestruturação do cuidado cultural, conforme descritos a seguir:

**Preservação do cuidado cultural:** são as ações do enfermeiro para apoiar, facilitar ou capacitar o cliente para preservar ou manter e restabelecer a sua saúde ou enfrentamento da morte.

**Acomodação do cuidado cultural:** refere-se à assistência profissional visando a adaptação, ajustamento ou negociação de medidas de cuidado com o cliente, buscando alcançar um resultado de saúde benéfico ou satisfatório. (GEORGE, 2000, p. 304)

**Repadronização/reestruturação do cuidado cultural:** intervenções profissionais que visam repadronizar/reestruturar os padrões de saúde do cliente para alcançar adequada qualidade de vida, respeitando os valores culturais e crenças dos pacientes. (GEORGE, 2000, p 304).

Através desta visão, a assistência de enfermagem será adaptada à cultura do cliente não havendo incongruências entre o cliente e o cuidador. Na sua visão cultural, Leininger considera o ser humano inseparável do seu conhecimento cultural e social; refere que o cuidar humano é um fenômeno universal e que suas expressões, processos e padrões variam entre culturas.

Para melhor compreensão e aplicação do referencial que norteia este estudo, alguns conceitos foram adotados. Segundo TRENTINI (1999, p.51.)

conceitos são abstrações ou imagens mentais de objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade...Um conceito pode ser percebido por duas ou mais pessoas e cada pessoa pode ter uma percepção diferente do mesmo conceito. Isto quer dizer que um conceito pode ter diferentes significados.

Abaixo se encontram relacionados alguns conceitos que considero importantes

na abordagem da assistência de saúde a idosos partindo da Teoria de M. Leininger, segundo George (2000) com adaptações para o contexto do estudo em questão, são eles:

**Cultura:** refere-se a valores, crenças, normas e práticas do modo de viver e são aprendidos, partilhados e transmitidos, de um grupo particular que orienta o pensamento e as ações de maneira mais ou menos padronizada. Neste estudo, será considerada cultura o conjunto de manifestações demonstrado pelos idosos que buscam atendimento quiroprático que servem como guia para as ações deste e de outros.

**Cuidado:** Fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros por outros ou de comportamentos para outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida. Ou seja, é o ato de prestar assistência a outrem através de ações de facilitação das suas necessidades de saúde, visando o bem estar, através do cuidado quiroprático.

**Cuidar:** refere-se às interações de dar assistência, apoiar ou facilitar a si, outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para aperfeiçoarem ou melhorarem uma condição ou modo de vida humano.

**Valor cultural:** é o valor atribuído a determinadas crenças que servem para guiar atitudes e ações de diferentes grupos. Compreende-se valor cultural como os aspectos comuns manifestados pelos idosos, como guia para as ações destes ou de outros, em relação ao cuidado quiroprático.

**Diversidade cultural de cuidados:** diz respeito às variações nas formas de assistir ou facilitar as ações voltadas aos indivíduos, sendo essas derivadas de uma cultura específica.

**Universalidade cultural de cuidados:** refere-se às maneiras uniformes das formas de assistir ou facilitar as ações voltadas aos indivíduos, sendo essas derivadas de uma cultura específica. Serão diferentes expressões que os idosos apresentarão em relação ao cuidado de acordo com uma cultura específica.

**Quiropraxia:** é uma profissão na área da saúde que enfatiza o poder inerente do corpo para recuperar-se espontaneamente sem o uso de medicamentos ou cirurgias. A prática da quiropraxia concentra-se na relação entre a estrutura (primariamente a coluna vertebral) e a função (coordenada pelo sistema nervoso), e como esta relação afeta a preservação e restauração da saúde.

**Ser humano:** são seres considerados capazes de cuidar e se preocupar com as necessidades, o bem-estar e a sobrevivência dos outros e de si mesmos. Neste estudo, o ser humano é o indivíduo idoso que busca assistência de saúde, visto como um ser integral que tem respeitados e valorizados seus valores e atitudes para a preservação e manutenção de sua saúde e o processo de um envelhecimento saudável.

Na tentativa de encontrar um caminho metodológico para o amparo na realização da proposta deste estudo, onde a integração de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa se faz necessária à luz do referencial teórico escolhido, foi adotada a Metodologia Convergente Assistencial que permeou todos os passos desta investigação.

## **4 METODOLOGIA**

Este estudo, teve a finalidade de implementar a assistência à saúde de idosos através da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Pretendeu-se então verificar a sua aplicabilidade através do desenvolvimento do processo de cuidado quiroprático com base na preservação do cuidado, acomodação cultural e repadronização /reestruturação do cuidado cultural com idosos que buscaram por assistência a saúde em uma clínica de Quiropraxia na cidade de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul.

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

A metodologia utilizada para a pesquisa foi a da Pesquisa Convergente Assistencial. Na mesma, a neutralidade do pesquisador é substituída pela sua participação e envolvimento direto com os sujeitos e ambiente em todas as etapas de desenvolvimento, na busca por resultados que serão devolvidos para os sujeitos visando o seu bem - estar e a qualificação dos envolvidos (TRENTINI e PAIM, 1999).

Este tipo de pesquisa permite a relação da prática com o teórico, da mesma forma que proporciona que os dados sejam progressivamente direcionados, despertando no pesquisador a habilidade de conduzir a pesquisa a partir das necessidades surgidas do contexto da prática onde se desenvolve a pesquisa. (TRENTINI e PAIM, 1999).

A Pesquisa Convergente Assistencial adota a perspectiva de que o pesquisador deve se envolver com a realidade junto com sujeitos, na tentativa de modificá-la, caracterizando, assim, uma abordagem qualitativa visando resolver problemas, descobrir e transformar realidades através deste envolvimento do pesquisador e da

participação ativa de todos os seus integrantes. O trabalho de investigação ocorre na medida que se busca na reflexão de situações vivenciadas, as alternativas de soluções inovadoras para os problemas detectados na prática profissional.

Para Trentini (1999, p. 29) a essência da enfermagem representada pela prática assistencial tem se voltado mais para a essência do fazer, mas para se renovar, necessita aprender a fazer, que por sua vez implica necessariamente pensar o fazer.

Trentini e Paim (2004, p. 27) apresentam os pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial:

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais unindo o saber-pensar ao saber-fazer;
- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa;
- O espaço das relações entre uma pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica;
- A Pesquisa Convergente Assistencial implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com acesso franco às informações procedentes deste contexto;
- O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza.

Nos pressupostos acima se destaca a importância da prática assistencial como meio para a pesquisa e construção do conhecimento, no caso da enfermagem. No entanto, nesse estudo sobre o cuidado quiroprático de pessoas idosas, buscou-se aplicar a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial, visando investigar a prática quiroprática e o desenvolvimento do conhecimento na área com pessoas idosas

As fases da Pesquisa Convergente Assistencial apresentadas por Trentini e Paim (2004) são:

*Fase de Concepção*: esta compreende a etapa que contempla desde o interesse

do pesquisador por determinado tema até a construção da revisão de literatura, passando assim por: escolha do tema de pesquisa, sendo que este deve emergir da própria experiência do pesquisador, tendo uma ligação ao problema da prática; importância da pesquisa sobre determinado tema para a área de atuação, elaboração da questão problema de pesquisa e da justificativa bem como escolha do marco teórico.

*Fase de instrumentação:* compreende o processo onde o pesquisador determina os passos metodológicos para o desenvolvimento de sua pesquisa, onde participantes, ambiente, técnicas de coleta e análise de dados estão envolvidos. O ambiente está relacionado ao enfoque da pesquisa, ou seja, o local onde as relações entre os componentes da pesquisa acontecem. Os participantes ou sujeitos são integrantes ativos, visando agrupar diferentes informações sobre o tema da pesquisa. A escolha das técnicas de coleta e análise de dados se dá nesta fase. Os dados podem ser coletados de várias formas, como gravação, registro diário, fotos etc.

*Fase de obtenção das informações:* Os métodos mais utilizados são a entrevista e observação. Para a pesquisa convergente assistencial, os sentimentos, as experiências, a espiritualidade e a sabedoria em conduzir as entrevistas na busca por melhores informações, devem ser observados com rigor no processo de coleta de dados. Para o profissional entrevistador o movimento destas trocas de vivências deve ser considerado com muita importância como elemento constituinte da coleta de dados, na busca de melhorias na qualidade da assistência. Enquanto o caráter assistencial está mais voltado ao tecnicismo e automatismo, a modalidade convergente assistencial vislumbra a convivência com os dados para obtenção de uma construção do novo, baseada no saber-fazer a partir de sensações e emoções.

*Fase de análise:* uma vez que a subjetividade e o diálogo são integrantes da prática convergente assistencial, esta lida com informações de origem muito variada. Desta forma, a análise de dados dá-se concomitantemente aos encontros, facilitando a reflexão sobre como fazer as interpretações durante o percurso da pesquisa. Os processos que compoem a análise de dados da pesquisa convergente assistencial são: apreensão, síntese, teorização e contextualização. A fase de análise compreende a etapa da apreensão, a fase de interpretação é composta pelo processo de síntese, teorização e transferência.



## **4.2 Contexto da Pesquisa**

A presente pesquisa se desenvolveu em uma Clínica de Quiropraxia e Fisioterapia na cidade de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, situada à rua Itaí, 274, bairro Vila Nova. A referida clínica atende pessoas de todas as idades, sexos, raças e culturas, trabalhando nas modalidades de atendimento particular e por convênio. Na clínica atuam sete profissionais de saúde que desempenham suas atividades, estando assim distribuídos conforme a categoria profissional: um fisioterapeuta, três fisioterapeutas e quiropraxistas, uma enfermeira e quiropraxista e dois quiropraxistas. São atendidos diariamente nesta clínica cerca de 35 pessoas, sendo que aproximadamente 20% são idosos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise da administração da clínica e para apreciação da equipe de profissionais que ali atuam com o objetivo de obter a autorização para a realização da mesma. Essa autorização já foi obtida conforme mostram documentos em apêndice (Apêndice 3).

## **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram quatro idosos que procuraram a clínica de quiropraxia na busca por assistência à problemas de saúde relacionados a dor e disfunção ósteo articular. Os mesmos foram identificados inicialmente a partir de busca ativa nos fichários de atendimento da clínica, conforme critérios acima descritos. Em seguida foi feito pela pesquisadora, contato telefônico, convidando-os para um encontro no local, momento em que lhes foi apresentada a proposta de estudo, seus objetivos e o convite para participarem da pesquisa. Foram considerados critérios de exclusão para participação, características como: não ter sido atendido previamente na clínica onde se deu o estudo, ter procurado a clínica por queixa principal que não estivesse relacionada a distúrbio ósteo articular, os que não se dispuseram a participar de todos os encontros previstos e por fim, aqueles idosos que faltaram por ventura

faltassem a um dos atendimentos.

#### **4.4 Preservação dos direitos dos participantes**

Para realização do estudo, foram respeitados os critérios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005)..

- Assegurar-se de que os participantes têm plena clareza sobre o estudo e seus objetivos
- Obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos sujeitos envolvidos (Apêndice 3);
- Assegurar a privacidade e sigilo acerca das informações obtidas, sendo que estas foram manuseadas apenas pelos envolvidos diretamente na pesquisa;
- Apresentar o resultado da pesquisa à administração e profissionais do local do estudo e aos sujeitos participantes;
- Solicitar a autorização dos sujeitos para gravação de voz e fotos com objetivo específico para o estudo;
- Assegurar o anonimato dos participantes atribuindo-lhes pseudônimos;
- Aos idosos sujeitos da pesquisa foi oferecido atendimento gratuito desde o primeiro encontro até o último, sendo esta combinação e adesão estabelecida entre o pesquisador e os mesmos no primeiro encontro da coleta de dados. Houve a desistência de um idoso, por motivos de impossibilidade de comparecimento aos encontros, em função do horário, sendo que este foi substituído por outro idoso que iniciou suas atividades no encontro seguinte, recebendo todas as orientações acerca da pesquisa.

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados teve início após parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que encontra-se no

### Anexo 3.

A pesquisa foi dividida em três fases para a coleta de dados. Os dados coletados foram obtidos através de entrevista semi estruturada que segundo Trentini e Paim (1999, p. 86) “é aquela em que você busca saber o que acontece e como acontece, a partir de conversação, descrições e informações que são apreendidas em processo”.

A coleta de dados ocorreu durante o atendimento quiroprático que foi norteado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, conforme referencial teórico adotado.

Para o atendimento quiroprático um roteiro à luz do referencial de enfermagem proposto para a Teoria de Leininger foi adotado para somar-se aos instrumentos já utilizados para registro do atendimento no local do estudo. Além da entrevista (Apêndice 4), foram utilizados ainda para a coleta de dados, registro de observação e os registros sobre o atendimento existente nos prontuários dos idosos e notas de campo feitas pela pesquisadora sempre após os atendimentos.

Procedimentos para coleta de dados

#### **1ª. Etapa - Fase da Preservação Cultural**

1. Compreendendo a cultura e compreendendo o cuidado:

1.1 Encontro coletivo;

Apresentação da proposta;

Termo de Consentimento Informado;

Oficina Compreendendo as culturas e o cuidado.

1.2. Identificando o Cuidado Cultural

Encontros individuais;

Nesta etapa o número de encontros somou três, um coletivo e dois individuais.

Os encontros individuais ocorreram em três momentos, sendo distribuídos conforme apresentado a seguir, com a finalidade de colocar em prática o cuidado culturalmente congruente.

A realização de entrevista durou aproximadamente trinta minutos. Os aspectos valorizados na mesma entrevista para levantamento de dados foram:

Temas relevantes do cuidado cultural;

Principais necessidades de cuidado;

Expectativas dos idosos quanto ao cuidado transculturalmente congruente para o planejamento das ações.

Os registros foram feitos através de gravação em k-7 e fichas de atendimento da clínica de Quiropraxia onde foi desenvolvida a pesquisa.

## **2ª. Etapa - Fase de Acomodação do Cuidado Cultural**

Aplicando o cuidado cultural

Esta fase compreendeu três atendimentos individuais com cerca de trinta minutos cada um, quando foram realizados cuidados quiropráticos individualizados e aplicados com base nos dados coletados na fase de identificação do cuidado cultural.

## **3ª. Etapa - Fase da Repadronização/Reestruturação do Cuidado Cultural**

Avaliando o cuidado cultural

Encontro coletivo

Este é o segundo momento em grupo, onde os indivíduos integrantes da prática puderam discorrer sobre sua percepção, sentimentos e expectativas após terem sido assistidos nas suas necessidades de saúde sob a perspectiva do cuidado culturalmente congruente.

## **4.6 Análise dos Dados**

A análise dos dados ocorreu de forma concomitante aos encontros, partindo da proposta de que a Pesquisa Convergente Assistencial trabalha com informações de origem muito variada. A fase de interpretação dos dados foi dividida na metodologia da pesquisa convergente assistencial nas seguintes etapas:

**Síntese:** uma vez selecionados os dados, na fase de apreensão que compreende o início da análise, o pesquisador faz nova investida para tomada de informações, agora com maior familiaridade com estes na busca por variações e agrupamentos destas informações. As entrevistas e dados apreendidos por observação e as notas do

diário de campo realizadas pelo pesquisador foram concentradas em grupos determinados pelos temas mais freqüentemente apontados pelos idosos em relação ao que entendem sobre: cuidado, cuidado culturalmente congruente, e quanto ao que esperam ao serem cuidados mediante a abordagem do cuidado cultural. Estas informações foram adquiridas à medida que o pesquisador, durante a fase de coleta de dados, manteve seu olhar voltado para a subjetividade da interação que é um componente que deve ser considerado nesta etapa. Códigos de descrição poderão ser adotados na perspectiva de agrupar dados relevantes (TRENTINI e PAIM, 2004) .

**Teorização:** para teorizar, é exigida uma definição detalhada de temas e conceitos à medida que estes vão se tornando mais incidentes. Para tal, os temas código, foram explorados até a exaustão com o objetivo de extrair daí novos conceitos e as suas interações para obtenção da conclusão da pesquisa (TRENTINI e PAIM, 2004.)

**Transferência:** compreende a gama de possibilidades de ações e medidas a serem adotadas a partir das conclusões obtidas pela interação entre pesquisador, participantes da pesquisa, contexto e resultados com a finalidade de dar sentido aos achados e descobertas (TRENTINI e PAIM, 2004).

Para efetivamente dar sentido a estas descobertas, priorizando os princípios da Pesquisa Convergente Assistencial, medidas demonstradas e aplicadas aos idosos durante a assistência à saúde, se fizeram necessárias ao mesmo tempo em que foram associadas à prática quiroprática no decorrer das atividades profissionais, possibilitando através da interação de informações e atitudes, uma mudança de comportamento voltada às necessidades reais apontadas pelos indivíduos e por meio de um cuidado culturalmente congruente.

## **5 APRESENTANDO OS RESULTADOS**

O presente capítulo apresenta os resultados de um estudo realizado com quatro idosos com idade entre 65 e 86 anos.

Estes idosos foram atendidos na clínica onde se deu o contexto desta pesquisa, devido as suas queixas ósteo-articulares. Na clínica onde se desenvolveu o cenário deste estudo, são atendidos pessoas de todas as idades, sem distinção de sexo, idade, raça, e condição social. É oferecido tratamento fisioterapêutico e quiroprático de acordo com as necessidades dos clientes/pacientes. A demanda de idosos que procuram a clínica permeia uma relação de 20% dos atendimentos diários. Esta clínica oferece atendimento nas modalidades particular e convênio, onde sete profissionais de saúde desempenham suas atividades nos turnos manhã, tarde e noite. As categorias por profissional são as seguintes: um fisioterapeuta, três fisioterapeutas e quiropraxistas, uma enfermeira e quiropraxista e dois quiropraxistas. Está localizada em um bairro residencial, onde a maioria da população predominante é de origem alemã, mas a proximidade com a região serrana, faz com que uma parcela, embora pequena de italianos, se desloque para atendimento na referida clínica. Este fato também é reforçado por ser incipiente as possibilidades de atendimento quiroprático em várias localidades, por ser esta, uma prática que conta com poucos profissionais no mercado de trabalho.

Na busca pela realização desta pesquisa, sustentada pela proposta de Leininger em sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, onde a cultura e o contexto social são elementos evidentes na manutenção e preservação do cuidado humano, se obteve um formato onde a estrutura se viabilizou a partir da escolha e implementação da metodologia convergente assistencial que., segundo Trentini e Paim (2004) é aquela na qual o pesquisador interage com os sujeitos com um olhar para o fazer e para a transformação da realidade na qual ambos estão inseridos.

Os sujeitos foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos para inclusão neste estudo que incluem :ser idoso e ter procurado a clínica para assistência de saúde relacionada a disfunção ósteo-articular. Após selecionados os sujeitos foi feito pela pesquisadora, um contato telefônico convidando-os para um encontro onde os idosos receberam os esclarecimentos sobre as condições deste estudo. No mesmo encontro, foi obtido o consentimento dos idosos, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A proposta contemplou o atendimento quiroprático voltado às necessidades individuais valorizando as queixas de disfunção ósteo-articular. Os encontros basearam-se no diálogo abordando os temas voltados às práticas sócio culturais de cuidado com a finalidade de levantar dados que viriam a dar subsídios para esta pesquisa.

Os dados para esta pesquisa foram obtidos a partir de três entrevistas por sujeito que foram gravadas e transcritas, além de observações realizadas pelas pesquisadora a cada encontro.

Para Minayo,(1999) os dados subjetivos são os relacionados à vivência dos sujeitos e estão relacionados aos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. As entrevistas desta pesquisa tiveram como guia um questionário que é o instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que foram respondidas com ou sem a presença do entrevistador (MARCONI e LAKATOS, 2002).

Um instrumento em forma de questionário fechado ou aberto, consiste em um roteiro escrito, no qual cada questão será seguida de descrições de respostas estabelecidas pelo pesquisador e o entrevistado indicará, verbalmente ou por sinais gráficos, as respostas que melhor traduzirem a sua realidade (TRENTINI e PAIM, 2004).Os questionários desta pesquisa, tiveram a finalidade de identificação e caracterização dos sujeitos que iniciaram este estudo, em relação ao gênero, idade, estado civil, e as questões referentes a percepção de cuidado e cuidado culturalmente congruente.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Notas de campo foram feitas, simultaneamente, aos encontros e aos atendimentos, com a finalidade de

registrar as reflexões acerca do processo de pesquisa e avaliação continuada do mesmo.

Na perspectiva de aplicar o roteiro de cuidado sugerido por Leininger, foram criados momentos distintos aqui denominados fases, onde a preservação da cultura, a acomodação do cuidado cultural e a repadronização do cuidado cultural, foram etapas importantes como recurso para a captação de dados. Para preservação do anonimato dos sujeitos e para fins de registro das informações obtidas, foram usados pseudônimos, onde cada um foi nomeado por uma fruta, sendo assim: figo, abacate, amora e abacaxi.

A primeira fase, nomeada de Preservação da Cultura, teve como foco principal compreender a cultura e o cuidado culturalmente congruente, bem como identificar este cuidado a partir das percepções dos idosos sobre o tema.

Esta fase foi composta por um encontro coletivo e dois encontros individuais para cada participante.

Diante do desafio de compreender a cultura e o cuidado, foi criado um primeiro encontro, denominado, encontro coletivo.

Foi neste momento que apresentei a proposta deste estudo aos idosos e solicitei o preenchimento do termo de consentimento

Este primeiro encontro coletivo teve a duração de duas horas e meia, sendo que os individuais tiveram duração de trinta minutos em média cada um.

Foram ainda discutidas as questões éticas para desenvolvimento do mesmo. Estiveram presentes cinco idosos, sendo dois de origem italiana e três de origem alemã.

As considerações a respeito de horário e datas para os encontros foram feitas em grupo, ficando estabelecidas as tardes de sexta feira, a partir das quinze e trinta horas ficando aberta a possibilidade de transferência e agendamento de outra data, caso surgisse alguma impossibilidade dos sujeitos ou minha. Neste momento, houve a desistência de um participante, em face a outros compromissos pessoais. Foi, então, convidado outro idoso para participar do grupo que iniciou suas atividades no encontro seguinte. Como finalização deste primeiro momento, ofereci um chá com tortas e salgados aos participantes. Foi uma oportunidade muito rica, tivemos a possibilidade



de manifestar e comprovar o interesse em participar do projeto, bem como a informalidade do momento favoreceu a espontaneidade e trocas pessoais.

Houve um interesse manifestado pelo idioma do outro quando alguém sugeriu que houvesse trocas de aprendizagem sobre os idiomas . Aos sujeitos foi dado um breve tempo para conversarem com palavras do dia a dia da linguagem dos presentes. Este espaço foi muito interessante, pois a medida que havia uma tentativa de aprendizado, e porque não dizer adequação das falas e das linguagens, os participantes tornaram-se mais próximos, agindo com bastante espontaneidade e demonstrando interesse pelo trabalho.

Os sujeitos declararam sentirem-se importantes mediante a possibilidade de estarem participando de um trabalho de cunho acadêmico, sendo que *um* solicitou uma copia do termo de consentimento livre e esclarecido para arquivar junto aos seus documentos pessoais, antes mesmo de este ser distribuído a todos os participantes para que levassem consigo ao final do encontro. Outro participante usou a seguinte frase:

*Depois de velho, fiquei importante. (Figo)*

Nesta fase procurei conhecer as necessidades dos indivíduos principalmente relacionados ao cuidado de saúde. A partir das falas dos sujeitos obtive as seguintes expectativas e intenções frente à possibilidade de cuidado transcultural, listadas abaixo:

- Necessidade da pessoa que cuida entender o idioma de quem é cuidado;
- Necessidade da pessoa que cuida conhecer alguns costumes como: hábitos alimentares, atividades de lazer, repouso e atividades diárias;
- Necessidade da pessoa que cuida conhecer a história de vida de cada um.

Leininger (1998) diz que para utilizar uma abordagem metodológica que preconize a história de vida dos indivíduos, o pesquisador deve obter uma sequência cronológica de idéias e experiências particulares de um indivíduo ou de algumas pessoas.

Pensando assim, na próxima etapa da coleta de dados, programada para a semana seguinte, estas expectativas conduziram o meu pensamento a uma reflexão acerca de como realizaria o atendimento que fosse ao encontro das necessidades de cuidado, apontadas pelo o grupo. Desde então, o acolhimento mais caloroso e a possibilidade de direcionamento das atividades à uma relação de proximidade com os sujeitos, passaram a fazer parte da minha conduta.

Procurei estar mais atenta aos detalhes desde a hora da chegada dos sujeitos, inclusive fazendo eu própria a recepção destes. O tempo que tínhamos na pré consulta, serviu também para bate papos informais, demonstrando desta forma a minha intenção de aproximação como um todo. Como os encontros foram programados para dias e horários exclusivos a esta pesquisa, estes momentos foram de grande importância para os participantes, incluindo idosos, pesquisadora e secretária da recepção da clínica, pois em diversos momentos, nossas interações levaram a conversas descontraídas, mas objetivando o foco deste trabalho de pesquisa.

Na semana seguinte, iniciaram-se então os encontros individuais, programados para que cada um tivesse trinta minutos de duração, onde os idosos foram atendidos levando-se em conta os dados obtidos na etapa de conhecimento e compreensão do cuidado, assim como fatores de queixa ósteo-articular que estão entre os elementos balizadores do tratamento quiroprático.

Aos idosos foi aplicado o questionário em formato que teve as seguintes questões norteadoras: dados de identificação, fatores que considera importantes para que a pessoa que presta os cuidados saiba sobre a sua cultura e se consideram que o cuidado prestado baseado em aspectos culturais seja importante para a assistência de saúde. Foram também abordados temas como: para você, o que é ser cuidado, o que você espera ao ser cuidado, relacione três necessidades de cuidado e quando você acredita que precisa ser cuidado.

Simultaneamente ao andamento das consultas, o referencial teórico foi sendo aprofundado para facilitar o meu entendimento e a elaboração de propostas de atividades. Encontrei em Helman, (2003) as seguintes questões que foram agregadas a este estudo com a finalidade de buscar dados especificamente sobre cuidado com a saúde. Por que razão você procurou atendimento de saúde? Você costuma

automedicar-se? Segue conselhos ou tratamentos recomendados por parentes ou vizinhos e amigos? Busca atividades de cura ou cuidado em igrejas, seitas ou grupos de auto-ajuda?

Os dados coletados permitiram um entendimento e contemplaram a fase de identificação do cuidado cultural, complementando o referencial teórico de Leninger no que se refere ao “reconhecimento da importância da cultura e da sua influência sobre tudo que envolve os receptores e os fornecedores da assistência de enfermagem” (GEORGE, 2000.p.308).

Os idosos demonstraram suas perspectivas quanto ao que esperam ao serem cuidados. Eles desejam ter a atenção principalmente da família, destacando-se um comportamento cultural de aceitar o cuidado oferecido por outros e que necessitarão na velhice, conforme mostra as seguintes falas:

*Merecer atenção de alguém que possa dar alguma assistência (Amora)*

*Ser bem tratado (Abacaxi)*

*Ter atenção dos filhos e das pessoas que possam nos ajudar (Abacate)*

*Se tiver uma pessoa da família perto, depois de uma certa idade, não terei problemas em ser cuidado (Figo)*

Em relação ao processo de auto cuidado, observou-se nos relatos dos idosos uma preocupação com a busca por serviços de saúde e também a dependência do idoso do sexo masculino em relação aos cuidados oferecidos pela esposa, como demonstram as seguintes falas.

*Procuro tratamento médico, mais para prevenir do que propriamente para curar. Não costumo medicar-me. (Amora)*

*Terei a necessidade de ser cuidado por médico quando ficar doente, porque hoje tenho a esposa para me cuidar. (Figo)*

*Não tomo remédio por conta, não procuro por quem não é formado. (Amora)*

Aos idosos foi dada a oportunidade de falarem, individualmente, sobre o que esperam da assistência de saúde baseada em aspectos culturais, sendo obtidas as seguintes argumentações:

*Espero o melhor, enfim, o melhor resultado. (Amora)*

*Sim, espero ser bem tratado. (Figo)*

*Espero alcançar um bom resultado, espero ser bem tratado. (Abacate)*

O que observamos a partir destas respostas, é a esperança estampada no pensamento de cada idoso questionado sobre o que os mesmos esperam de ações e intervenções voltadas a assistência de saúde, que na sua essência buscam melhorar o cotidiano dessas pessoas.

Acreditando na proximidade da relação existente entre a enfermagem e a quiropraxia, no aspecto pertinente ao cuidado do ser humano, voltado às necessidades individuais, onde vejo o cuidado como ação de saúde onde cuidador e cuidado devem estar em sintonia, encontrei, nas expectativas acima, um reforço para as minhas próprias ações e necessidades de pensar nas mudanças e acomodações que a partir deste momento, seriam necessárias para poder implementar o cuidado aos idosos efetivamente, baseado no que anteriormente seriam os meus princípios, mas agora passaram a ser a minha meta.

Na segunda fase da coleta de dados, compreendida como Fase de Acomodação do Cuidado Cultural, busquei pela adaptação de medidas de cuidado, negociando com os idosos buscando alcançar um resultado satisfatório para a sua condição de saúde em geral. Permaneceram os encontros individuais, com duração de meia hora cada um, em que os procedimentos de cuidado foram aplicados com base nos dados coletados na fase de identificação do cuidado cultural e nas queixas dos sujeitos. Tinha a clareza de que as suas condições, ou queixas que os levaram ao tratamento, deveriam ser respeitadas, mas só isto, não daria suporte a este estudo, pois o meu objetivo era encontrar algo mais, algo que apontasse para uma visão não apenas onde a técnica era

aplicada por ser uma conduta que acredito ser importante para auxílio da melhora da condição de saúde dos idosos.

Após repensar a maneira como cuidava dos idosos, iniciei, então, minhas atividades pelo acolhimento, atenção dada aos idosos, relação de carinho e principalmente ouvir. Acredito que um dos meus grandes ganhos com este estudo foi poder perceber que o meu conflito inicial ao escolher a quiropraxia como novo rumo da minha atuação profissional, estava focado no sentido desta ser uma técnica vista pela comunidade que em geral se beneficia e atua com a sua utilização, como sendo meramente um procedimento.

Acontece que, por muitos anos, a atuação da enfermagem se fez presente em minha vida, e ainda hoje, ao prestar cuidados aos pacientes, preservo o profissional de saúde que cuida. Foram dezoito anos de atuação permeada pelos conceitos de cuidado de enfermagem onde se visa o todo, e não apenas uma parte.

Tenho como hábito dizer que somos frutos do meio onde vivemos e, ao buscar o amparo em Leininger, respeitando seu pressuposto que diz que os conceitos e práticas do cuidado de seres humanos podem ser identificados em todas as culturas, procurei adaptá-lo ao cuidado quiroprático, descrevendo-o da seguinte forma: os conceitos e práticas do cuidado de seres humanos, podem ser identificados em todas as culturas e em outras práticas profissionais, tendo aqui, o foco no cuidado quiroprático a pessoas idosas.

Desta maneira o atendimento quiroprático a idosos também deve levar em conta a sua fragilidade óssea que pode acarretar disfunções de locomoção, dor intensa, levando-os a um quadro de recolhimento e, conseqüentemente, uma incapacidade para desempenhar as suas atividades de vida diária.

Dessa forma, razões apontam para o tratamento não manipulativo nesta população. Sendo assim, optei por uma técnica não invasiva chamada de método de ativador quiroprático, que consiste no uso do equipamento chamado ativador, o qual realiza movimentos articulares de alta precisão, boa velocidade e baixa força.

Esta modalidade de tratamento é um dos componetes dos métodos terapêuticos usados pela quiropraxia, assim como a imobilização articular e de fásia muscular, métodos físicos como calor e crioterapia e finalmente os alongamentos.

O instrumento de ajuste, teve na forma de ferramenta dental.

Em 1960 os criadores da técnica; Wareen C. Lee, e Arlan W. Fuhr,(1997) modificaram a ferramenta dental para o uso de ajustes quiropráticos na coluna.

### EQUIPAMENTO ATIVADOR QUIROPRÁTICO



A técnica se baseia no reflexo que é evidenciado no comprimento das pernas do paciente, onde cada movimento realizado por uma estrutura do corpo chamado de perna da deficiência pélvica. Este mecanismo de encurtamento evidencia a necessidade de intervenção por parte do quiropraxista. Existe, segundo Fuhr (1997), um protocolo ou conduta inicial de verificação de pernas composto por quatro passos essenciais na análise inicial. Deste, dependerá a confirmação e indicação de qual segmento a ser tratado, buscando o restabelecimento da função nervosa.

Para Heinemann-Butterwart (2001), o tipo e a quantidade de visitas ao quiropraxista depende dos problemas que a sua avaliação irá detectar: anatômica, fisiológica, das condições psico-sociais do sujeito e da própria habilidade do quiropraxista em utilizar a variedade de técnicas disponíveis, visando atender aos idosos de forma cuidadosa e voltada as suas necessidades reais.

A técnica do ativador quiroprático é a segunda mais empregada em sujeitos idosos, com 28,3% dos casos. (HEINEMENN-BUTTERWART, 2001). São objetivos gerais do tratamento quiroprático a partir do histórico geriátrico:

- a) promover o bem estar, atual e potencial;

- b) remover interferências nervosas;
- c) reduzir a dor e também os perigos de uma dependência farmacológica e as complicações de uma terapia prolongada com fármacos ;
- d) aumentar a mobilidade das articulações;
- e) diminuir a morbidez;
- f) aumentar a qualidade de vida do sujeito;
- g) manter uma atividade positiva do paciente;
- h) evitar cirurgia.

Nos encontros individuais, todos os idosos foram atendidos quiropraticamente, utilizando a técnica do ativador para alívio e tratamento das queixas ósteo articulares.

Conforme Chapman-Smith (2001), os aspectos psicossociais dos sujeitos são vistos como parte integrante do tratamento. As consultas foram norteadas pela percepção captada dos sujeitos em relação à saúde e à cultura. Através dos seus relatos e da observação pode-se definir para esse grupo que saúde significa: Boa alimentação, prática de exercícios físicos e ser feliz; estar física e psicologicamente bem, essencial é gozar e sentir-se bem com tudo que a natureza nos põe à disposição. Enquanto cultura significa o conjunto de conhecimentos que temos do mundo em que vivemos; ter conhecimento e sabedoria; são os conceitos, instruções, modos de agir, etc. que foram sendo adquiridos pelas pessoas com o passar dos anos; conhecimentos, artes, teatro, cinema, livros. As definições acima foram obtidas a partir das respostas da entrevista realizada durante o primeiro encontro individual e preserva o que os idosos relataram sobre conceitos de saúde e cultura.

Diante desta situação, em que a necessidade de acomodar o cuidado oferecido aos idosos tornou-se evidente, uma vez que foi prestado a partir das expectativas e percepções destes em relação ao cuidado culturalmente congruente, pude qualificar a minha assistência a estes prestada, pois a visão da técnica foi sustentada pelo envolvimento de todos os sujeitos desta pesquisa demonstrado pelo comprometimento dos idosos com o horário, sendo que um deles sempre chegava com meia hora de antecedência, a interação passou a ser mais evidente à medida que, embora

programada para encontros individuais, os idosos chegavam e procuravam manter um diálogo, algumas vezes realizado fora do ambiente da sala de recepção, ou seja, no jardim da clínica, pois a mesma oferece esta possibilidade por ser uma casa com capacidade física também acolhedora, com árvores, jardins e bancos para sentar.

Com a finalidade de manter este ambiente acolhedor, adaptações foram feitas no horário de recebimento dos idosos, pois a clínica foi disponibilizada para a pesquisadora em horário específico no qual não haveriam outros atendimentos, sendo este um momento único que favoreceu a integração e possibilitou trocas de experiências ainda na sala de espera.

Outra adaptação ocorrida surgiu da necessidade da secretária aumentar o seu tom de voz ao falar com os idosos, respeitando assim a sua condição de fragilidade auditiva, facilitando a comunicação entre todos. Houve um momento que considero com resposta positiva à proposta desta fase demonstrado pela seguinte fala de um idoso:

*A gente vem aqui e esquece as dores, é a integração, gostei muito que a Marta conversou comigo. (Abacate)*

As alterações na minha conduta ao assistir os idosos incluíram a maior atenção às suas histórias de vida e relatos de experiência, percebi que neste momento me foi permitido, não ser apenas um profissional que aplica uma técnica, mas sim aquele que participa da proposta de restabelecimento de uma condição de saúde real ocorrendo uma preocupação com a condição de saúde em geral, focada, neste estudo, nas limitações e incapacidades decorrentes da fragilidade das pessoas idosas apresentando processos crônico degenerativos.

Ao procurar interagir com os idosos, na busca por dados referentes às suas histórias de vida, procurei ter em mente, o que diz Minayo (1999): quando vista como estratégia de compreensão de uma realidade, a história de vida tem como premissa principal, retratar além das experiências vivenciadas, as realidades e definições fornecidas pelas pessoas, grupos ou organizações. Desta forma, a minha conduta ao



prestar assistência de saúde a estes idosos, passou por uma acomodação não apenas de procedimento, mas também na maneira de vê-los como seres humanos na integridade de suas funções vitais, incluindo o biopsico e social.

A cada contato sentia-me mais a vontade para elaborar as questões pertinentes a este estudo, percebia que os idosos também estavam com habilidade em participar como sujeitos desta pesquisa. A convivência e as trocas de idéias permearam as necessidades de acomodação por minha parte, surgindo a necessidade de alteração da forma de tratamento oferecida pela quiropraxia, que por sua essência é baseada na aplicação de uma ou várias técnicas para um protocolo de atividade mais humanizado.

A terceira fase desta coleta de dados foi chamada de Fase de Repadronização e Reestruturação do Cuidado Cultural.

Na semana seguinte, ao término dos encontros individuais, os idosos foram por mim recebidos na clínica de quiropraxia e encaminhados à sala de espera, até que todos estivessem presentes para início da atividade em grupo, aqui denominada, segundo encontro coletivo. Este teve duração de duas horas e meia, aproximadamente, a exemplo do primeiro encontro coletivo ocorrido na fase de preservação do cuidado cultural. Este momento de espera serviu também como um tempo de encontro entre os participantes, bem como para que o idoso que iniciou no projeto em um segundo momento fosse apresentado. A integração se deu também através dos cumprimentos em alemão e italiano, invertendo os idiomas.

Com a finalidade de coletar dados para esta fase, foi criado um segundo encontro coletivo, no qual foi proposta aos idosos uma dinâmica baseada no diálogo entre os integrantes do grupo, em que todos pudemos discorrer sobre os sentimentos, percepções e expectativas ao sermos envolvidos em um processo de assistência à saúde sob um olhar do cuidado culturalmente congruente.

Para esta atividade, houve a necessidade de solicitar dois auxiliares para maior agilidade no processo de registro dos dados e também alguns fatores de compreensão do idioma alemão. Estes auxiliares foram a secretária da clínica onde foi desenvolvida esta pesquisa e um estudante do sétimo semestre do Curso de graduação em Quiropraxia do Centro Universitário Feevale. Os idosos iniciavam a suas colocações, demonstrando bastante conforto e segurança ao participarem da atividade. Aos

auxiliares, foi solicitado que fizessem as anotações por sujeito, já os nomeando pelas frutas. Para possibilitar isto, cada um tinha em mãos as fichas de atendimento utilizadas para registros de consultas na clínica, previamente nomeadas com as respectivas frutas. As entrevistas foram simultaneamente gravadas para assegurar uma maior probabilidade de captação de dados.

Iniciaram-se as atividades com as seguintes questões: Como você se sentiu? Você percebeu algum benefício nesta tentativa de entender o ser humano indivisível no aspecto bio-psico e social com a finalidade de aplicar um cuidado voltado a estas reais necessidades?

Foi evidente a minha percepção e dos idosos em relação às mudanças, e considero como uma atitude de repadronização de minha parte quando trago a seguinte frase de um idoso:

*Notei que o atendimento não estava tão técnico como costuma ser quando se procura uma assistência, estou muito satisfeito (Abacate).*

Simultaneamente a minha mudança, alguns resultados foram obtidos por parte dos idosos, como demonstram as declarações a seguir:

*A gente conversou e eu até já comprei um sapato mais baixo, é melhor para a minha coluna. (Abacate)*

*Isto me fez pensar em ir a um geriatra me preparar para a velhice”, não quero ficar esquecido. (Amora)*

*Pude pensar melhor em cuidar da minha saúde, posso ter problema de saúde depois. (Abacaxi)*

Esta primeira parte da apresentação de dados teve o intuito de mostrar aos leitores qual o percurso feito pela pesquisadora para a elaboração do presente estudo, a maneira como os dados referentes a este foram coletados. Trago, agora, os resultados obtidos a partir da análise destes que foi possível à medida em que,

conforme Paim (2004), foram reconhecidas palavras, frases, parágrafos ou temas chaves que chamei de códigos e que auxiliaram na elaboração de categorias .

Categorizar consiste em organizar analisando dados a partir de suas divisões e aperfeiçoamentos incessantes. As categorias são o agrupamento de elementos com características em comum, onde formam uma classe que impõe a investigação do que cada um tem em comum com os outros. Esse processo comporta duas etapas: o inventário, onde os elementos são isolados e a classificação que consiste em repartir os elementos. (BARDIN, 2004). Para criação destas categorias, os dados brutos foram explorados até a exaustão, quando por fim, as informações foram categorizadas.

Ao escolher as categorias de Bardin, como método de análise de conteúdo, precisei ter presente que esta modalidade tem como objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada de dados brutos, ou seja, eu deveria buscar transformar dados brutos em dados organizados. Para isto, utilizei o inventário que segundo Bardin (2004) reparte da melhor maneira possível os elementos que vão sendo encontrados, seguindo critérios de busca nos elementos, pelo que cada um deles tem em comum com os outros.

Tendo em mãos as anotações referentes às falas e observações, feitas durante a coleta de dados nas entrevistas e dados obtidos durante os encontros, parti para a ordenação destes, por sujeito, na busca por agrupar dentre estes as informações que obtinham uma proximidade temática, visando assim, estabelecer as categorias para análise dos dados deste estudo. Em conformidade com o inventário sugerido por Bardin (2004), as categorias foram montadas a partir dos elemento mais evidentes, sendo estes aqui representados pelos seguintes códigos: prevenção, ser bem tratado, cultura, resultado, expectativas quanto ao tratamento culturalmente congruente, família, cuidar-se, saúde e preocupação com este estudo.

Destes códigos, surgiram as seguintes categorias: Cuidado de si, Expectativas e Resultados.

A próxima etapa desta apresentação de resultados, está voltada às categorias encontradas neste estudo e suas respectivas interpretações, sendo a seguir apresentadas.

### **Cuidado de si:**

Em relação ao processo de auto cuidar-se, observou-se nos relatos dos idosos uma preocupação com a busca por serviços de saúde e também a dependência do idoso do sexo masculino em relação aos cuidados oferecidos pela esposa. Como demonstram as frases a seguir:

*Procuro tratamento médico, mais para prevenir do que propriamente para curar. Não costumo medicar-me (Amora).*

*Terei a necessidade de ser cuidado por médico quando ficar doente, porque hoje tenho a esposa para me cuidar (Figo)*

*Não tomo remédio por conta, não procuro por quem não é formado. (Amora).*

*Na minha casa, cuido da mulher e ela cuida de mim. (Amora)*

*Saúde sempre, inclusive na velhice. (Abacaxi)*

*Não costumo medicar-me. Costumo usar chá caseiro.(Figo)*

Aos idosos foi dada oportunidade de falarem, individualmente, sobre o que esperam da assistência de saúde baseada em aspectos culturais, sendo obtidas as seguintes argumentações:

*Espero o melhor, enfim, o bom resultado (Amora)*

*Sim, espero ser bem tratado (Figo)*

*Espero alcançar um bom resultado, espero ser bem tratado (Abacate).*

O que observamos, a partir destas respostas, é a esperança estampada no pensamento de cada idoso quando questionado sobre o que os mesmos esperavam de ações e intervenções voltadas à assistência de saúde como estas, que na sua essência buscam melhorar o cotidiano dessas pessoas idosas, através do tratamento quiroprático que foi efetuado, com base na Teoria de Leininguer. A essência do cuidado quiroprático a idosos dita que os profissionais quiropraxistas devem usar todos os recursos de tratamento disponíveis, porém, de forma mais cuidadosa para com esta

população.

Killinger (2001), alerta que existem muitos fatores a serem considerados ao iniciar o tratamento de um idoso, onde a segurança e o conforto tem especiais significados. De acordo com o quadro clínico, cada idoso traz consigo um complexo estado de saúde e a partir deste, se estabelece um perfil de tratamento. Desta forma, os pacientes geriátricos trazem ao profissional um grande número de desafios e oportunidades.

Atualmente, existem dois pontos relevantes no âmbito da saúde que devem ser analisados com atenção. São eles o rápido crescimento da população geriátrica e o aumento da utilização da medicina complementar e alternativa pela sociedade.

Para Killinger (2001), a quiropraxia tem uma tradição centenária em promover efeito e de ser um tratamento conservador de saúde, assim como está, particularmente, bem posicionada para assumir um importante papel nos tratamentos de saúde relacionados à população idosa, sendo esta, representada por 15% da população de pacientes quiropráticos, estando estes na faixa entre 65 e 75 anos de idade. O enfoque do tratamento quiroprático tem sido a promoção da saúde e prevenção de doenças, justificando desta forma a busca e oferta desta modalidade de cuidado para a população idosa que tem demonstrado um acréscimo populacional e interesse em envelhecer saudável.

Uma avaliação geriátrica deve iniciar com um histórico, onde as questões da entrevista devem ser feitas na busca de um número maior de informações possível.

Glaberzon (2001) refere que, nesta hora, o quiropraxista deve ser comparado a um detetive na busca não apenas por queixas ou sintomas, mas deve também ter a capacidade de extrair da entrevista um verdadeiro relato de vida, estando atento e sendo capaz de estabelecer relações entre as informações. Esta interação irá auxiliá-lo a deduzir a causa da queixa principal do idoso ajudando na escolha pelo tipo de tratamento quiroprático a ser programado para este.

O segundo passo da avaliação geriátrica é composto pelo exame físico, que para Azad (2001) deve levar em conta as alterações fisiológicas e mentais desta população. A aparência geral deve ser observada atentamente focada no estado nutricional, expressão facial, postura e presença de movimentos involuntários.

O exame físico em idosos também não pode deixar de levar em consideração: estado da pele, sinais vitais, cabeça e pescoço incluindo olhos, boca, ouvidos e nariz. O exame do tórax deve voltar-se para as condições do sistema respiratório, sistema cardíaco vascular e examinação do peito. Ainda é relevante uma exploração do sistema gênito urinário, sistema músculo esquelético e sistema nervoso.

Azad (2001) entende que através de um acurado exame físico, poderá o quiropraxista decidir pela melhor maneira de intervir para obter o melhor resultado na busca pela qualidade de vida do seu paciente idoso.

A partir das percepções dos idosos, pude observar um comportamento no qual estes aceitaram o cuidado oferecido, desde que fosse norteado pela visão de ser humano na sua integralidade e com clareza de que as questões sócio-culturais são inerentes a qualquer ser humano e, ainda mais, aos que são partícipes do processo saúde doença.

Dentre os fatores que auxiliam na preservação da qualidade de vida, busquei em Leininger e Chapman-Smith a afirmação de que o meio ambiente onde o ser humano está inserido e toda a sua história de vida devem ser respeitados ao se realizar um procedimento de assistência à saúde dos seres humanos. Cuidar significa, não apenas conhecer o contexto social e biológico dos indivíduos, mas também ter a capacidade de, a partir deste cenário, captar as necessidades sentidas, incluindo-as no processo de cuidado como um guia para as ações.

### **Expectativas**

Esta categoria marcou-se não só pelas expectativas dos idosos, mas também pelas minhas expectativas em relação ao estudo. Desde o início tinha o desafio eminente, onde, após cumprida a etapa de escolha do tema de pesquisa e delimitação do referencial teórico para dar-me suporte, precisei encontrar o caminho para elucidar a questão problema norteadora deste estudo. À medida em que os encontros foram ocorrendo, evidências apontaram para uma possibilidade de estabelecimento de vínculo entre pesquisador e sujeitos, uma vez que a proposta deste estudo foi balizada na premissa de que os seres humanos, quando envolvidos em um processo, respondem

a este de maneira positiva. Para minha gratidão, este momento de interação entre pesquisador e sujeito se deu quando um idoso perguntou:

*A minha participação neste estudo tem te ajudado? (Abacaxi)*

As nossas expectativas tiveram sustentação nas fases iniciais da coleta de dados deste estudo, denominadas fase de preservação da cultura e do cuidado e fase de acomodação do cuidado cultural, anteriormente descritas.

Os idosos demonstraram nas falas a seguir, o que esperavam ao serem assistidos em suas necessidades de saúde através de uma abordagem culturalmente congruente.

*Espero carinho, atenção, sinceridade e amor. (Figo)*

*Preciso ser cuidado sempre, principalmente se estiver doente. (Abacate)*

*Ter saúde é gozar e se sentir bem com tudo que a natureza nos põe à disposição (Amora)*

Analisando esta fala, onde o idoso coloca a natureza como sendo o seu meio bio psico e social, reforcei a minha expectativa de estar no caminho certo, pois para Leininger e Chapman-Smith o contexto de vida que inclui valores, crenças e meio ambiente onde os seres humanos estão inseridos, como parte integrante do tratamento de saúde, caracteriza um tratamento centralizado.

Na quiropraxia, este tratamento está concentrado na relação existente entre a coluna vertebral e a função que é coordenada pelo sistema nervoso e como esta relação pode afetar a preservação e a restauração da saúde, enfatizando a capacidade do corpo recuperar-se, espontaneamente, sem o uso de medicamentos ou cirurgias. Proporciona também, um tratamento conservador de distúrbios neuro-músculo esqueléticos e manifestações das funções correlatas. (STRANG, 1985 e CHAPMAN-SMITH, 2001).

Ao remover a interferência que sofre o sistema nervoso, a quiropraxia promove uma melhora no funcionamento do sistema músculo-esquelético, promove a

preservação da constância interna, buscando devolver a saúde ao corpo inteiro (STRANG,1985)

Os distúrbios passíveis de tratamento quiroprático estão baseados em cinco componentes, sendo estes os que definem a necessidade de intervenção quiroprática. São eles: cinesiopatologia (alterações do movimento corporal normal); miopatologia (alterações e irritações da musculatura circundante ao segmento vertebral afetado); histopatologia (inflamações locais nos tecidos adjacentes á coluna vertebral); neurofisiopatologia (alterações na função nervosa); e alterações bioquímicas (fisiopatologia).

O tratamento quiroprático está baseado em um procedimento geralmente manual, consiste em uma manobra que tem o objetivo de mover uma articulação, sem no entanto, ultrapassar o seu limite anatômico na busca pela devolução do alinhamento, movimento ou função dos segmentos e estruturas envolvidas (COX, 2002 e STRANG 1985).

O princípio quiroprático da coordenação enfatiza a necessidade de uma ação harmônica de todas as partes de um organismo no cumprimento de suas funções e propósitos. Desta forma, procedimentos quiropráticos têm ajudado no cuidado de saúde em geral das pessoas, uma vez que atuam na busca de uma condição de melhora para pessoas doentes, assim como e a capacidade de tornar as pessoas saudáveis em mais saudáveis.

Pensando que as expectativas geram um resultado uma vez que correspondidas, surge a terceira categoria desta pesquisa, denominada, Resultados.

## **Resultados**

Os resultados puderam ser mais evidenciados durante este estudo, na fase onde os dados referentes à repadronização e reestruturção do cuidado cultural foram servindo de apoio para a trajetória de definir mais uma categoria.

Embora o meu foco de pesquisa apontasse para os idosos, pude verificar que eu também havia passado por um processo de reflexão e repadronização de alguns aspectos da minha vida pessoal. O envolvimento dos sujeitos, a cada momento, fez com que eu pudesse avaliar o sentido deste mestrado em minha vida, assim como



anular a possibilidade de em algum momento desistir ou deixá-los sem nenhum retorno acerca das conclusões deste estudo.

Enumerar resultados, passou a ser uma meta, não teria outra alternativa, a não ser esperar os encontros, para naquelas trocas de olhares e de falas, captar o máximo possível de argumentações, pois o dia da defesa da dissertação chegaria. Em cada aperto de mão, em cada abraço, em cada sorriso franzido e olhos brilhantes, encontrei o apoio do qual necessitava para concluir esta pesquisa. Comprovando este meu sentimento, ousei apontar o que um idoso relatou:

*A felicidade também está em ajudar a Marta (Abacate)*

Estava eu completamente imersa na definição de Paim (2004) que diz ser necessário o envolvimento da pesquisador e a participação ativa de todos envolvidos no intuito de descobrir e transformar realidades.

Várias demonstrações foram dadas por parte dos idosos sobre a importância dada aos encontros, através do comprometimento com os horários, reflexões sobre os cuidados com sua saúde, incluindo sugestões aos participantes como a procura pela vacina da gripe, iniciativa de dois idosos em procurarem um geriatra, assim como a possibilidade de aceitarem um cuidado cultural a eles oferecido.

A partir dos encontros pudemos perceber um grupo em atividade, onde os idosos participaram comprometidamente, o que demonstraram ao aceitar a proposta deste estudo encarando todas as suas etapas com seriedade e determinação. Coube a pesquisadora a busca por conduzi-la a fim de obter resultados.

Os resultados mais surpreendentes, foram vivenciados por mim, a contribuição que este estudo me trouxe começa pela possibilidade de trabalhar com idosos, realmente, até eu me surpreendo com este fato. Aprendi a ouvir, a ter calma, a fazer uma coisa de cada vez, respeitando o meu ritmo biológico e dos pacientes também, Muitas vezes precisei parar tudo o que estava fazendo para recebê-los, afinal, esta era a minha proposta. Este preparo inclui, desde a reorganização de compromissos profissionais e pessoais até a diminuição de carga horária de atendimento na clínica de

quiropraxia a outros pacientes, pois as atividades com os idosos clamavam por energia e tempo. Estas alterações foram absolutamente compreendidas por mim, pois, neste grupo, os indivíduos eram únicos na perspectiva de serem ímpares, comungando com o conceito de ser humano holístico, onde o ser humano é um todo, e não a soma das partes que o compõe (ANDREI, 1997).

A Quiropraxia relaciona-se diretamente com este conceito de holismo, uma vez que se baseia na comunicação existente entre o cérebro e o corpo via nervos espinhais. Se não partirmos deste princípio, seremos meramente terapeutas músculo esqueléticos, preocupados em tratar somente este tipo de lesão, sem nos preocuparmos com a integralidade do ser humano ou mesmo seu estado de saúde em geral. Inclui-se aqui a dimensão educativa e preventiva acerca das questões de saúde como hábito saudáveis de vida, passando pela alimentação, lazer, atividade física, permeando o conceito de saúde como sendo um completo bem estar físico, mental e social.

Olhando para este cenário, dentre tantos pensamentos, restou o de que os idosos são únicos, mas ser único não significou neste estudo ser sozinho. Esta mudança também fez parte do meu contexto, consegui reaprender que o ser humano não existe para ficar sozinho, os grupos nos levam a novas expectativas e resultados, se assim quisermos entendê-los.

Nas atividades em grupo, os idosos fizeram algumas considerações sobre os encontros que encarei como resultados importantes desta pesquisa em relação ao sentimento de grupo, acolhimento e atividades propostas. São elas:

*Nos grupos podemos nos sentir cuidados uns pelos outros. (Abacaxi)*

*Consegui me abrir, reclamar as dores. Às vezes não podemos contar nem com nossos filhos. (Amora)*

*Aqui fomos bem recebidos. (Figo)*

*Consegui me abrir e reclamar. Achei válido poder falar de mim. (Abacate)*

Os cuidados com a condição de saúde foram evidenciados pela preocupação em caráter preventivo de doenças em geral, e processos como preocupação com pressão

arterial alta, variação de altura de sapato, demonstrando por parte dos idosos uma repadronização no sentido de transformação da realidade existente.

Esta pesquisa buscou unir uma abordagem técnica a uma abordagem metodológica, na qual o ser humano é visto de maneira singular e integral, onde valores e crenças são valorizados e considerados como parte integrante do tratamento. Desta forma, pude vivenciar uma experiência que me ajudou a qualificar o cuidado que presto aos idosos. Espero contribuir com esta experiência para a criação de um roteiro de atendimento às necessidades de saúde onde, realmente, as pessoas tenham, não só valores e crenças preservados, mas também a sua história de vida. Acredito não haver nada mais digno do que o respeito entre as pessoas como um todo, em todos os campos e ações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio dos profissionais de saúde que buscam por alternativas novas para o atendimento das necessidades de uma população seja ela específica ou não, diz respeito a vários fatores, dentre eles, a dificuldade em se fazer reconhecer como atuação eficaz e com grau de resolubilidade satisfatório.

Na busca por atender a idosos em suas queixas ósteo-articulares, este estudo teve como objetivo aplicar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural a uma outra área de assistência a saúde ainda pouco difundida em nosso país, a Quiropraxia.

A investigação procurou mostrar também a relação existente entre a Quiropraxia e Enfermagem, uma vez que ambas têm a premissa do cuidado ao ser humano de forma integral bem como sua fonte principal de atuação.

Buscar o auxílio para sustentação da Quiropraxia, em uma prática profissional já difundida e consolidada em nosso país, foi uma alternativa de grande importância para a consolidação da Quiropraxia enquanto profissão, uma vez que seus profissionais, neste estudo representados pela Enfermagem, atuam em todos os níveis de saúde há muitos anos no Brasil.

A utilização do referencial teórico baseado no cuidado cultural possibilitou maior fundamentação ao cuidado quiroprático, assim como ampliou a visão de ser humano idoso.

A assistência à pessoa idosa propiciou a adoção e o aprimoramento de técnicas específicas, pois foi visto que o atendimento quiroprático a esta, deve levar em conta a sua fragilidade óssea. Desta forma, razões apontaram para o tratamento não manipulativo nesta população. Sendo assim, optou-se por uma técnica não invasiva, chamada método ativador quiroprático, que consiste no uso de um equipamento chamado ativador que realiza movimentos articulares de alta precisão, baixa velocidade e baixa força.

Cabe ainda salientar que esta é a segunda técnica mais empregada no tratamento de sujeitos idosos, cujos objetivos buscam o bem estar atual e potencial das mesmas, atua em favor de retirar interferências nervosas, diminuindo a dor, reduz os perigos da ação farmacológica e as complicações de uma terapia prolongada com fármacos.

Ao buscar unir uma abordagem técnica a uma abordagem metodológica, na qual os seres humanos são vistos de maneira integral e singular, onde valores e crenças são valorizados e considerados como parte integrante do tratamento, pude com esta pesquisa, vivenciar uma experiência que me ajudou a qualificar o cuidado que presto aos indivíduos.

O grande desafio se deu, então, em trabalhar com idosos de maneira a promover a satisfação de ambos, na qual me incluo, pois trabalhar com idosos para mim era um grande desafio e uma busca pessoal.

Realmente, precisei encontrar os conceitos de cuidado culturalmente sensível de Leininger, os metodológicos de Minayo e os assistenciais de Trentini e Paim. Foram eles elementos importantes que me ajudaram a chegar na proposta final deste estudo.

Na perspectiva de que para renovar, deveria aprender a fazer o que já fazia antes, porém de maneira diferente, precisei pensar o fazer. Foi quando Trentini e Paim entraram em cena efetivamente. Sabendo que não poderia me afastar dos objetivos deste estudo, tinha-os sempre em mente, sendo que o que ouse novamente apresentar-lhes diz que se pretendia assistir a idosos de diferentes etnias a partir de uma abordagem cultural. Surgia, então, o novo fazer em seus dois aspectos, sendo um a população específica composta por idosos, o outro, a inclusão de uma abordagem amparada em um referencial teórico descrito nesta pesquisa como sendo a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, associada a uma prática realizada sem um referencial teórico específico que a norteasse.

Os resultados apontaram para uma relação de satisfação com este objetivo proposto, demonstrado e registrado pela minha satisfação pessoal e a dos idosos em relação ao tratamento recebido, de acordo com várias falas descritas no decorrer deste estudo.

Leininger foi incorporada ao presente estudo desde a escolha do tema, embora

de maneira inconsciente, sabia que precisaria de um norte que me guiasse para sustentar a minha intenção de permanecer oferecendo cuidado aos seres humanos, embasados nos conceitos de enfermagem que por dezoito anos fizeram parte da minha conduta profissional, embora há seis anos pratique outra modalidade de assistência sobre a ótica de um procedimento técnico. Estes conflitos internos, na verdade, faziam parte do meu dia a dia profissional, não me encantava a idéia de resumir o cuidado por mim realizado, à aplicação de uma técnica, pois a maioria da população ainda tem este entendimento sobre a prática quiroprática. Pude com este estudo desenvolver, com satisfação, o objetivo proposto, qual seja, desenvolver um processo de cuidado a idosos que buscam atendimento quiroprático amparado na Teoria de Leininger.

O outro objetivo, que considero ter respondido a partir dos dados obtidos nesta pesquisa, diz respeito à avaliação do processo implementado a partir da assistência prestada. Foi buscando em Minayo o auxílio para tratar com os dados subjetivos sob o paradigma de que estes dizem respeito às vivências, os valores, atitudes e opiniões dos sujeitos que pude classificá-los para posteriormente fazer a interpretação. Os dados, depois de ordenados e interpretados, apontaram para uma possibilidade da aplicabilidade da Teoria de Leininger para uma outra prática de assistência à saúde dos indivíduos sujeitos desta pesquisa.

Ao desempenhar o cuidado aos idosos baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, as possibilidades foram sofrendo transformações, passando de um plano subjetivo, a um plano objetivo e real, demonstrado pela satisfação dos idosos em relação ao tratamento recebido.

Como em toda pesquisa, onde a integração do pesquisador com o meio e com os sujeitos é fundamental para a obtenção de resultados, não poderia me excluir deste momento, salientando aqui a minha grande satisfação pessoal em ter realizado este estudo, não apenas com um olhar ao aspecto de finalização da mesma, mas também pela oportunidade que a mesma me proporcionou em encontrar um caminho que me possibilitasse a aplicabilidade dos meus princípios de cuidadora a uma prática profissional tão recente em nosso país.

A possibilidade de poder auxiliar nos processos de divulgação e reconhecimento da quiropraxia como profissão no Brasil, foi por mim vivenciada com

muita satisfação através desta pesquisa e de seus resultados. O presente estudo é pioneiro, no país à nível de mestrado, abordando o cuidado quiroprático, em relação à idosos. Penso que este foi um passo importante da quiropraxia no Brasil entre tantos que ainda surgirão.

Ao buscar unir uma abordagem técnica a uma abordagem metodológica, na qual os seres humanos são vistos de maneira integral e singular, onde valores e crenças são valorizados e considerados como parte integrante do tratamento, pude com esta pesquisa vivenciar uma experiência que me ajudou a qualificar o cuidado que presto aos indivíduos, onde a escuta e os acolhimentos foram exercícios constantes vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Acredito ter contribuído com esta experiência para a criação de um roteiro de atendimento às necessidades de saúde, onde realmente as pessoas, sendo aqui os idosos, tenham não só valores e crenças preservados, mas também a sua história de vida.

Embora este estudo não tivesse a intenção de abranger o processo de educação em Quiropraxia, o mesmo indicou um viés educativo quando se pode, a partir dos dados apresentados, pensar à luz do referencial teórico adotado, o processo de educação em geriatria quiroprática ministrada nos cursos de graduação existentes. Penso que aos acadêmicos, profissionais e egressos destes cursos e aos idosos, um grande valor será agregado na busca por um cuidado saudável para ambos, a partir da visão culturalmente congruente sobre o processo de cuidar e ser cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ângela Maria. **Tendo que cuidar**. A vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: (s.e.): 2001

ANDREI, Edmondo. **Dicionário Médico Andrei**. São Paulo: Organizações Andrei. 1997

ANNIS, Robert; TUNKS, Odette. **Gastrointestinal disorders** in: Gleberson, Brian J. (ed) *Chiropractic care of the older patient*. Oxford Butterworth-Heinemann, 2001.

AZAD, A. Physical examination. IN: GLABERSON, B.J.(ed.) **Chiropractic care of the older patient**. Oxford: Butterwoeth-Heinemann, 2001

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEAVOIR S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.

BRASIL, **LEI nº 10.741**, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras Providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm) Acesso em 30/09/2005.

COX, James M. **Dor lombar** – mecanismo, diagnático e tratamento. Tradução de Eloísa Galluzi. 6. ed. São Paulo: Manole, 2002.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> acesso em 30/09/2005.

BUDÓ, Maria de Lourdes. A Mulher como Cuidadora no Contexto de uma Comunidade Rural de Imigração Italiana. **Texto &Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.6, n. 1, p. jan/abril. 1997

CECIL, R.L.F.; AHRONHEM, J. Tradução de Amaury José da Cruz Júnior, et al. **Tratado de medicina interna**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

CERVI, Adriane; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Silvia Eloiza. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista Nutrição**. [ On Line ] Campinas, v.18, n.6, 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid+S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid+S1415-)



52732005000600007&ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Agosto 2006.

CHAPMAN-SMITH,D. **Quiropraxia, uma profissão na área da saúde**. São Paulo. Anhembi Morumbi, 2001.

CHAZAN, H. S. **Manual da terceira idade**. Porto Alegre: Corpore, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 196/96 contendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Disponível em : <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções196.doc>> acesso em 15/10/2005.

FUHR, A.W.; et al. **Activator methods chiropractic technique**. St. Louis: Mosby, 1997.

FREITAS, Elizabete Viana de.; PY, Lígia; NERI, Anita Liberalesco et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FUJICAWA. R, SARAIVA M. **Material sobre a Quiropraxia no Brasil escrito para fins de esclarecimento para reconhecimento da Quiropraxia no Brasil** . 2005 (mimeo).

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1989.

GEORGE, Júlia B. e colaboradores. **Teorias de enfermagem**. Os fundamentos para a prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas , 2000.

GLABERZON, B.; MOOTZ, R. Different health-care strategies for the older person. IN: GLABERSON, B.J.(ed.) **Chiropractic care of the older patient**. Oxford: Butterwoeth-Heinemann, 2001

GOLDMAN, Lee; BENNETT, J.Claude et al. Cecil – **Tratado de Medicina Interna** 7<sup>ed</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.v.1

HEINEMANN-BUTTERWORT, et al. Chiropractic care of the older patient. Brian J **Gleberzon**. Oxford, 2001

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2003.

KAO, Hsuen-Fen S. et al. Conceptualizing and Critiquing Culture in Health Research. **Journal of Transcultural Nursing**. Vol. 15. n.4 .269-277.p. oct. 2004

KILLINGER, L.; COOPERSTEIN, R. Chiropractic techniques on the older patient care. IN: GLABERSON, B.J.(ed.) **Chiropractic care of the older patient**. Oxford:

Butterwoeth-Heinemann, 2001.

LEININGER, Madelaine M. **Qualitative Research Methods in Nursing**. Madeleine Leiningger. ed. 1998.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MAIOR, Evergisto Souto . **História da Quiropraxia no Brasil entre 1920 e 2004**. Novo Hamburgo: Feevale, 2004. Trabalho de conclusão de curso. Orientador Ricardo Fujicawa, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**. 11.ed.. Petrópolis:Vozes, 1999

MONTICELLI, Marisa. As Ações Educativas em Enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto&Contexto Enfermagem** Florianópolis, v.3, n. 2, jul.-dez. 1994.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/sacdev/ageing/index.html>>. Acesso em 30/09/2005.

OLIVEIRA, J. E. Dutra de; MARCHINI, J. Sérgio. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998l.

PRODANOV, Cléber. **Manual de Metodologia Científica**.3ed.. Novo Hamburgo: Feevale, 2003

ROLIM, Cristiane Bonfim de Araújo; SILVA, Maria Goretti Ayres. **O papel do enfermeiro e do cuidador na descontinuação do processo de internação**. PRONEP, mai.2002.

SALDANHA, Assuero Luís; CALDAS, Célia Pereira. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SCHMITZ, Miguel. Envelhecimento Saudável. **Jornal N.H**, Novo Hsmburgo, p. 4,5 out. 2004

STRANG, V. V. **Essential Princiles of chiropracti**. Davenport: Palmer College of Chiropractic. 1985.

TERRA, N. L.; DORNELES, B. C. P. **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: PUCRS, 2002.

TIMBY, B. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6.

ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TORTORA, G. J. **Corpo humano:** fundamentos de anatomia e fisiologia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

TRENTINI , Mercedes; PAIM Lygia . **Pesquisa convergente assistencial.** Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde e Enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa em enfermagem.** Uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

VERAS, R. P. **País Jovem de cabelos brancos.** Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice:** aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

### **ENTREVISTA 1**

Nome:

Idade:

Endereço:

Nacionalidade:

#### **Dados baseados no aspecto cultural:**

Etnia:

Cidade onde reside:

Com quem mora:

Trabalha?

O que você considera importante que a pessoa que cuida da sua saúde saiba sobre a sua cultura?

Você acha que o cuidado baseado em aspectos culturais pode ajudar no seu tratamento?

#### **Dados baseados nas expectativas de cuidado dos idosos**

Para você, o que é ser cuidado?

O que você espera ao ser cuidado?

Quais as suas principais necessidades de cuidado?

Quando você acha que precisa ser cuidado?

## **APÊNDICE 2**

### **ENTREVISTA 2**

**Dê breves conceitos de:**

Saúde

Cultura

**Responda**

Quais as suas razões para ter procurado um atendimento de saúde?

Você costuma:

Automedicar-se?

Seguir conselhos ou tratamentos recomendados por parentes, vizinhos e amigos?

Buscar atividades de cura ou cuidado em igrejas, seitas, grupos de auto-ajuda?

Consultar com pessoas leigas mas com experiência específica?

### **APENDICE 3**

#### **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PRÁTICA ASSISTENCIAL**

Autorizo realização da prática assistencial, do Mestrado em Enfermagem (UFSC), na assistência à saúde de idosos de diferentes etnias, no Consultório de Fisioterapia e Quiropraxia, situado na Rua Itaí, nº 274, bairro Vila Nova, em Novo Hamburgo/RS.

Novo Hamburgo, 29 de março de 2005.

Sr. Nilo Mayer

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **1. Aspectos Culturais do Cuidados.**

Na realidade brasileira, o envelhecimento populacional vem ocorrendo devido a fatores demográficos como a queda gradual e progressiva na taxa de nascimento e mortalidade infantil, a implantação de políticas de saúde, a melhoria nas condições médico-sanitárias e uma relativa compreensão da necessidade de um estilo de vida saudável.

Assim, longevidade tem decorrido do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, ao mesmo tempo em que o envelhecimento da população vem representando novas demandas por serviços, benefícios e atenção, que impõe desafios para governantes e para a sociedade do presente e do futuro.

Portanto, a questão do envelhecimento no país merece cada vez mais interesse dos órgãos públicos e privados, no que diz respeito a assistência de saúde a pessoas idosas.

Baseado na Teoria da Diversidade do Cuidado Transcultural, onde Leininger (1881) classifica o cuidado como algo individual baseado em valores e crenças, no qual o ser humano é inseparável do seu conhecimento cultural e social; o presente projeto de prática assistencial visa a assistência de saúde a idosos de diferentes etnias.

Fundamentado no acima exposto, você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do projeto de Prática Assistencial que tem por objetivos assistir aos idosos com necessidade de saúde através de uma abordagem cultural.

Esse projeto está sob a responsabilidade da Enfermeira Ângela Alvarez.

A sua colaboração, nesse estudo, será de muita importância para você e para a saúde de idosos.

#### **2. Compromissos: o professor pesquisador, acima identificado, compromete-se a:**

- tratá-lo(a) com o devido respeito e com os cuidados necessários ao seu bem estar
- respeitar sua liberdade e autonomia de decisão em participar, ou não, dessa pesquisa;
- liberar você do compromisso de participação nessa pesquisa, assim que houver, de sua parte, manifestação desse desejo;

- utilizar-se dos seus dados para estudos e levantamentos estatísticos, incluindo a possibilidade de publicação dos mesmos, sempre fazendo-o de forma anônima e não identificada, garantindo em tudo a sua privacidade;
- informar, de modo claro e transparente, sobre os procedimentos necessários e sobre os eventuais desconfortos e/ou riscos que possam vir a ocorrer;
- esclarecer todos os demais pontos sobre os quais você tem dúvidas e/ou curiosidade ao participar dessa pesquisa.

3. Identificação e Termo de Adesão do Voluntário(a) participante dessa pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

R.G. \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Diante das informações e dos compromissos assumidos pelo pesquisador, acima descritos, e após a devida leitura desse documento, assumo o compromisso de participar voluntariamente dessa pesquisa, bem como autorizo a utilização dos meus dados na forma acima descrita.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou do Responsável  
Responsável

Assinatura do Professor Pesquisador

Novo Hamburgo, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

## ANEXO 2

### PROJETO DE LEI N.º , DE 2.001

(DO SR. ALBERTO FRAGA)

Dá nova redação aos arts. 1º, 2º, 5º e 12 e acrescenta o art. 4ºA e os incisos IV e V no art. 5º, todos do Decreto-Lei n.º 938, de 13 de outubro de 1969 e dá outras providências.

### O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º. Esta lei dá nova redação aos arts. 1º, 2º, 5º e 12 do Decreto-Lei n.º 938, de 13 de outubro de 1969 e acrescenta o art. 4ºA e o inciso IV e V no art. 5º do mesmo diploma legal, com a seguinte redação:

“**Art. 1º** É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e quiroprático, observado o disposto no presente Decreto-lei. (NR)

**Art. 2º** O fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o quiroprático, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior. (NR)

.....

**Art. 4ºA.** É atividade privativa do quiropraxista executar métodos e técnicas para realizar a análise diagnóstica dos distúrbios bio-mecânicos do sistema neuro-músculo-esquelético e corrigir as alterações decorrentes do desalinhamento articular, com técnicas de ajustamento ou manipulação, principalmente da coluna vertebral.

**Art. 5º** Os profissionais de que tratam os artigos 3º, 4º e 4ºA poderão, ainda, no campo de atividades específica de cada um: (NR)

.....

IV - realizar ou solicitar exames clínicos e radiológicos, com a finalidade de planejar, coordenar e realizar o plano de tratamento do paciente, com a fim de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física e o bem-estar do mesmo;

V - encaminhar o paciente para os demais profissionais de saúde, atuando em associação ou colaboração com os mesmos.

.....

**At 12.** O Grupo da Confederação Nacional da Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovado pelo Decreto-lei n.º 5 452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, quiroprático, auxiliar de fisioterapia, auxiliar de terapia ocupacional e auxiliar de quiroprático. “

**Art. 2º** É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de quiropraxia, de nível superior, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da publicação desta lei.

**Art. 3º** Esta Lei entra em vigor na data de sua aplicação.

## **JUSTIFICATIVA**

O ser humano tem como uma de suas principais características a capacidade inerente para se manter saudável. Porém, a vida moderna, principalmente nas regiões urbanas, faz com que todos vivam diversas situações estressantes, tanto no trabalho, como na vida efetiva e na família, além de sofrerem os prejuízos causados pela poluição, má alimentação e na vida sedentária.

Esta sobrecarga bloqueia a capacidade que cada pessoa tem de se manter saudável. Mas, a própria natureza oferece opções para que cada um busque uma melhor qualidade de vida.

Esta é a filosofia da quiropraxia, mostrar que é possível aplicar as técnicas naturais, de forma eficiente, na recuperação e manutenção da saúde.

Respaladas por pesquisas e critérios científicos, tais técnicas podem ser aplicadas também como alternativas ou complemento extremamente válidos às terapias tradicionais.

A origem da palavra vem do grego: *quiro* - mão, *praxis* - praticar.

A **QUIROPRAIXIA** é a profissão que mais cresce no mundo hoje. Nos Estados Unidos, a Quiropraxia (ou *chiropractors*) está entre as três maiores profissões na área da saúde, junto com a medicina e a odontologia. A principal! razão deste crescimento é o benefício para a saúde pública que ela representa, através da efetividade do tratamento aplicado.

A manipulação da coluna, hoje, é reconhecida e recomendada como uma das principais técnicas para o tratamento das disfunções articulares, pelas pesquisas feitas tanto nos Estados Unidos como na Europa.

O tratamento é essencialmente segura e indolor, pois a manipulação e o ajustamento liberam os impulsos nervosos bloqueados em articulações com restrição de movimento, restabelecendo a homeostase natural, e alivia a dor sem medicamentos ou cirurgia.

O Gray's Anatomy - um dos mais importantes livros de anatomia humana - (30ª edição, página 5) diz: “A finalidade do sistema nervoso é controlar e coordenar a função de todos os tecidos, órgãos e sistemas da corpo”. Assim, a base científica da QUIROPRAXIA está fundamentada no livre funcionamento do sistema nervoso.

**A Quiropraxia foi fundada nos Estados Unidos, em 1895 e atualmente está estabelecida em mais de 70 países.** As Associações Nacionais de Quiropraxia destes países são membros da Federação Mundial de Quiropraxia – FMQ (World Federation of Chiropractic – WFC), cuja sede se localiza em Toronto, Canadá e que tem uma relação oficial com a OMS. Há aproximadamente 65.000 doutores em quiropraxia nos Estados Unidos, 6.000 no Canadá e 9.000 Internacionalmente.

Na América do Norte a formação é, no mínimo de seis anos, de educação de nível universitário, em tempo integral, dos quais dois anos são de créditos universitários de matérias afins, como pré-requisito e quatro anos do programa de graduação, em Faculdade de Quiropraxia. Isto tudo acompanhado por exames de avaliações aplicadas por bancas examinadoras nacionais e estaduais/provinciais.

Os Conselhos de Educação em Quiropraxia, reconhecidos pelos Ministérios de Educação dos diversos países, é que regulam a qualidade dos níveis de educação e são controlados pelas agências de creditação governamental.

Os Cursos de Pós-Graduação incluem ciências da quiropraxia, neurologia, nutrição, ortopedia, radiologia, reabilitação e quiropraxia esportiva.

Há Faculdades de Quiropraxia na Austrália (2), Brasil (2), Canadá (2), Dinamarca, França, Itália, Japão, Korea, Nova Zelândia, África do Sul, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos (16). Na maioria dos países estas faculdades atualmente estão ligadas ao Sistema Universitário.

O título profissional mais comum aprovado por lei nos Estados Unidos e nas Províncias do Canadá são Quiropraxistas (Chiropractors) e Doutor em Quiropraxia (Doctor of Chiropractic, DC).

Vários Estados Americanos aprovaram o título Quiropaxista Clínico (Physician). Nesses

Estados, o título de clínico é dado aos doutores de Quiropraxia, Médicos e Osteopatas, em reconhecimento à sua competência, habilidade e dever de promover diagnóstico.

No Brasil, existem duas universidades ministrando o Curso de **Graduação em Quiropraxia**, que são o Centro Universitário Feevale (RS) e a Universidade Anhembi/Morumbi (SP), com **cinco anos de duração**, conveniadas com Universidades Americanas.

A Quiropraxia não se propõe a substituir a medicina e tratar de todas as doenças.

Os estudos americanos mostram que as pessoas que procuram a Quiropraxia o fazem:

- 80 % por dor lombar;
- 10 % por dor cervical e torácica;
- 2,9 % por restrição de movimento;
- 1,3 % por queixas neurológicas (parestesias (formigamento) ou paresia (diminuição da sensibilidade) e paralisias);
- 2,1 % por queixas orgânicas (cardiovascular, respiratória);
- 1,4 % para prevenção e manutenção.

Assim, este projeto vem ao encontro da realidade brasileira e regulamentar uma profissão de suma importância para o povo brasileiro, que também se estende a um trabalho educativo não só junto ao paciente, mas com a comunidade em geral, na orientação e correção de hábitos posturais, dos aspectos ergonômicos na área de trabalho, na promoção as atividades físicas orientadas e exercícios apropriados de reabilitação, dentro de uma visão multidisciplinar.

Tem, também, um grande alcance econômico, pois os custos com os problemas da coluna, principalmente as lombalgias, junto as empresas e para os órgãos públicos são enormes e já se transformou num problema de saúde pública, conforme tem descrito a OMS, asseverando que as lombalgias ocupacionais, no mundo industrializado, são uma epidemia, que só poderá ser controlada através de um trabalho multidisciplinar, incluindo aí o conhecimento específico da profissão de quiropraxia (Mikheev,1993).

Termos a certeza que os nobres pares acolherão esta medida justa e necessária, efetuando os aperfeiçoamentos do texto e dando a garantia aos professores, alunos,

profissionais e acima de tudo, os milhares de pacientes que hoje recorrem a esses profissionais.

Sala das Sessões, em 5 de março de 2.001

**DEPUTADO ABERTO FRAGA**

**(PMDB - DF)**

## ANEXO 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEPSH**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 395/05**

### **I – Identificação:**

- **Título do Projeto:** Assistência de Saúde a idosos de diferentes etnias que buscam atendimento quiroprático.
- **Pesquisador Responsável:** Profª Dra. Ângela Maria Alvarez
- **Pesquisador Principal:** Marta Casagrande Saraiva
- **Data Coleta dados:** dezembro de 05 a fevereiro de 06
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Clínica de Fisioterapia e Quiropraxia.

### **II - Objetivos:**

**Geral:** Construir um modelo de cuidado quiroprático com idosos, baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

#### **Específicos:**

- Aplicar a teoria do cuidado cultural na assistência à saúde de pessoas idosas de diferentes etnias.
- Desenvolver um instrumento de cuidado a idosos que buscam atendimento quiroprático, amparado na Teoria de Leininger.
- Avaliar a implementação da proposta da pesquisa.

### **II - Sumário do Projeto:**

Pesquisa convergente assistencial, qualitativa, com tamanho de amostra de no mínimo 10 idosos que buscam tratamento quiroprático. Os mesmos serão identificados a partir de busca ativa nos fichários da clínica e triagem de indivíduos novos a partir de agenda de marcação de consulta.

### **IV – Comentário:**

Pesquisa de grande relevância por se preocupar com o atendimento ao idoso, a mesma atende as recomendações da Resolução 196/96. O TCLE adequado, esclarecendo como será realizado a pesquisa e assegurando o sigilo ao paciente. Todas as documentações estão anexadas no projeto.

### **V – Parecer CEP:**

- ☒ (X ) aprovado
- ☐ ( ) aprovado ad- referendum
- ☐ ( ) reprovado
- ☐ ( ) com pendência (detalhes pendência)\*
- ☐ ( ) retirado
- ☐ ( ) aprovado e encaminhado ao CONEP



**Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade em reunião deste Comitê na data de 31/10/2005**



Vera Lúcia Bosco  
Coordenadora do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

**\*O processo em pendência deverá retornar em 60 dias ao Comitê.**